

[ michel foucault

BOALA MENTALĂ  
ȘI PSIHOLOGIA ]



II 336.582

editura amarcord



BIBL. CENTR. UNIV.  
„M. EMINESCU” IAȘI

II 336.582

MICHEL FOUCAULT

BOALA MENTALĂ ȘI PSIHOLOGIA

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Această carte a fost editată cu sprijinul  
**MINISTERULUI FRANCEZ AL AFACERILOR EXTERNE**  
și al  
**AMBASADEI FRANȚEI ÎN ROMÂNIA.**



Titlul original : Michel Foucault, **Maladie mentale et psychologie**

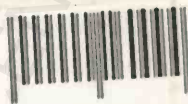
- © – Presses Universitaires de France, 1954 ; 2<sup>e</sup> édition «Quadrige» 1997, mars.
- © – 2000. Toate drepturile pentru această versiune sînt rezervate Editurii AMARCORD, str. Dropiei, nr. 3, sc. B, ap. 5, tel./fax : 056/146.645, 1900 – Timișoara, ROMÂNIA.  
e-mail : amarcord@mail.dnttm.ro

MICHEL FOUCAULT

215288

# BOALA MENTALĂ ȘI PSIHOLOGIA

Traducere de  
Dana Gheorghiu



016009  
B.C.U. - IASI



EDITURA AMARCORD  
Timișoara, 2000

Seria CÎMP DESCHIS

Coperta : Cătălin Popa

Consilier editorial : Ion Nicolae Anghel

## INTRODUCERE

*Se pun două întrebări : în ce condiții putem vorbi despre boală în domeniul psihologic? Ce raporturi putem stabili între cazurile patologiei mentale și cele ale patologiei organice? Toate psihopatologiile s-au concentrat asupra acestor două probleme : există psihologiile eterogenității care nu consimt, așa cum a făcut-o Blondel, să interpreteze în termenii unei psihologii normale structurile conștiinței morbide ; și, dimpotrivă, psihologiile, analitice sau fenomenologice, care se străduiesc să repună în drepturi inteligibilitatea oricărei conduite, inclusiv a celei demente, prin semnificații anterioare distincției dintre normal și patologic. O împărțire similară se face, în egală măsură, în cadrul marii dezbateri a psiho-genezei și a organo-genezei : investigare a etiologiei organice, începînd cu descoperirea paraliziei generale, cu etiologie sifilitică ; sau analiză a cauzalității psihologice, începînd cu tulburările lipsite de motivație organică, definite la sfîrșitul secolului al XIX-lea ca sindrom isteric.*

*Aceste probleme, de atîtea ori reluate, astăzi obolesc și ar fi neprofitabil să rezumăm discuțiile pe care le-au generat. Dar se poate pune întrebarea dacă încurcătura nu provine tocmai din faptul că se atribuie aceeași semnificație noțiunilor de boală, de simptome, de etiologie, în patologia mentală și în patologia organică? Dacă pare atît de anevoios să definim boala și sănătatea psihologică, nu se datorează acest lucru faptului că se încearcă inutil să li se aplice în masă concepte destinate-n egală măsură medicinei somatice? Dificultatea de a regăsi unitatea perturbațiilor organice și a modificărilor de personalitate nu provine cumva tocmai din faptul*

că le presupune o structură de același tip? Dincolo de patologia mentală și de patologia organică, există o patologie generală și abstractă care le domină pe fiecare impunându-le, ca tot atâtea prejudecăți, aceleași concepte, și indicându-le aceleași metode, ca tot atâtea postulate. Am dori să arătăm că originea patologiei mentale nu trebuie căutată într-o „metapatologie” oarecare, ci într-un anumit raport, bine localizat istoric, al omului cu omul nebun și cu cel sănătos.

Cu toate acestea, un bilanț rapid e necesar, în același timp pentru a reaminti cum s-au constituit psihopatologiile tradiționale sau recente și pentru a arăta de ce date prealabile trebuie să fie conștientă medicina mentală pentru a găsi o nouă rigoare.

## Capitolul I

# MEDICINA MENTALĂ ȘI MEDICINA ORGANICĂ

Această patologie generală, despre care am vorbit, s-a dezvoltat în două mari etape :

Ca și medicina organică, medicina mentală a încercat, mai întâi, să descifreze esența bolii, după gruparea logică a semnelor ce o indică. Ea a constituit o *simptomatologie* în care sînt reliefate corelațiile constante, sau doar frecvente, dintre un anumit tip de boală și o anumită manifestare morbidă ; halucinația auditivă, simptom al unei anumite structuri delirante ; confuzia mentală, semn al unei anumite forme dementiale. Ea a constituit, pe de altă parte, o *nosografie*, în care sînt analizate formele înseși ale bolii, descrise fazele evoluției sale și redată variantele pe care le poate prezenta : vom avea, astfel, bolile acute și cronice ; vom descrie manifestările episodice, alternanța simptomelor și evoluția lor pe parcursul bolii.

Schițarea acestor descrieri clasice poate fi utilă, nu doar cu titlu de exemplu, ci și pentru a fixa semnificația originară a termenilor utilizați în mod curent. Vom împrumuta de la vechile tratate, aparținînd începutului acestui secol, descrieri ale căror arhaisme nu trebuie să ne facă să ometem faptul că ele au fost și rezultat, dar și punct de plecare.

Dupré definea *isteria* astfel : „Stare în cadrul căreia puterea imaginației și a sugestibilității, unită cu acea sinergie particulară a corpului și a spiritului, pe care am denumit-o psihoplasticitate, ajunge

la simularea, mai mult sau mai puțin voită, a sindroamelor patologice, la organizarea mitoplastică a tulburărilor funcționale, imposibil a fi diferențiate de cele ale simulatorului<sup>1</sup>. Această definiție clasică indică, deci, drept simptome majore ale isteriei, sugestibilitatea și apariția unor tulburări ca paralizia, anestezia, anorexia care nu au, în împrejurarea de față, fundamentare organică, ci o origine exclusiv psihologică.

*Psihastenia* : începînd cu studiile lui Janet, este caracterizată prin epuizare nervoasă cu semne organice (astenie musculară, tulburări gastro-intestinale, cefalee) ; o astenie mentală (tendință spre oboseală, incapacitate de efort, confuzie în fața obstacolelor, integrare anevoioasă în real și în prezent : e ceea ce Janet numea „pierderea funcției realului“) ; în fine, tulburări de emotivitate (tristețe, neliniște, anxietate paroxistică).

*Obsesiile* : „apariția pe un fond mental obișnuit de indecizie, de îndoială și de neliniște, și sub formă de accese paroxistice intermitente, de obsesii – impulsuri diverse“<sup>2</sup>. Distingem *fobia*, caracterizată prin crize de angoasă paroxistică în fața unor obiecte determinate (agorafobia față de spațiile vide), *nevroza obsesională* în care sînt semnalate îndeosebi fortificațiile pe care bolnavul le clădește împotriva propriei angoase (precauții rituale, gesturi protectoare).

*Mania și depresia* : Magnan a denumit „nebunie intermitentă“ acea formă patologică, în cadrul căreia se vede alternarea, la intervale mai mult sau mai puțin lungi, a două sindroame opuse : sindromul maniacoal și sindromul depresiv. Primul presupune agitația motrice, o stare euforică sau de irascibilitate, o exaltare psihică definită prin verbiaj, rapiditatea asocierilor și prin goana ideilor. Depresia, dimpotrivă, se prezintă ca o inerție motrice, pe un fond sufletesec marcat de tristețe, însoțită de încetineală psihică. Cîteodată separate,

<sup>1</sup> DUPRÉ, *La constitution émotive* (1911).

<sup>2</sup> DELMAS, *La pratique psychiatrique* (1929).

mania și depresia sînt cel mai ades legate printr-un sistem de alternanțe, regulate sau neregulate, pe baza cărora Gilbert-Ballet a creionat diferitele profiluri<sup>1</sup>.

*Paranoia* : într-un arierplan de exaltare pasională (orgoliu, gelozie), și de hiperactivitate psihologică, vedem dezvoltîndu-se un delir sistematic, coerent, fără halucinație, cristalizînd, într-o unitate pseudologică, motive de grandoare, persecuție și de revendicare.

*Psihoza halucinantă cronică* : este, de asemenea, o psihoză delirantă ; dar delirul e sistematizat defectuos, adesea incoerent ; motivele de grandoare sfîrșesc prin a le absorbi pe toate celelalte într-o exaltare puerilă a personajului ; în sfîrșit, el este susținut mai ales de halucinații.

*Hebefrenia* : psihoză de adolescență ; e definită în mod curent printr-o excitație intelectuală și motrice (limbuție, neologisme, calambururi ; manierism și impulsuri), prin halucinații și un delir dezordonat, în care polimorfismul se secătuiește, puțin cîte puțin.

*Catatonie* : se recunoaște după negativismul subiectului (mutism, refuzul alimentației, fenomene numite de Kraepelin „baraje de voință“), după sugestibilitatea sa (pasivitate musculară, menținerea unor atitudini impuse, răspunsuri în ecou), în fine, după reacțiile stereotipe și paroxisme impulsive (descărcări motrice brutale, care par să depășească toate barajele instaurate de boală).

Observînd că aceste ultime trei forme patologice, care intervin destul de devreme în dezvoltare, tind către demență, cu alte cuvinte către dezorganizarea totală a vieții psihologice (delirul se dezagreghează, halucinațiile tind să facă loc unui onirism dezlinat, personalitatea se prăbușește în incoerență), Kraepelin le-a grupat sub denumirea comună de *Demență precoce*<sup>2</sup>. Este aceeași entitate nosografică pe care a reluat-o Bleuler, extinzînd-o spre anumite

<sup>1</sup> G. BALLET, La psychose périodique, în *Journal de Psychologie*, 1909-1910.

<sup>2</sup> KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie* (1889).

forme de paranoia<sup>1</sup> ; și el a dat ansamblului denumirea de *schizofrenie*, caracterizată, într-o manieră generală, printr-o perturbare survenită în coerența normală a asocierilor – ca o divizare (*Spaltung*) a fluxului gândirii – și, pe de altă parte, printr-o ruptură a contactului afectiv cu mediul ambiant, printr-o imposibilitate de a stabili o comunicare spontană cu viața afectivă a altcuiva (autism).

Aceste analize au aceeași structură conceptuală ca și acelea ale patologiei organice : găsim, aici și acolo, aceleași metode pentru a împărți simptomele în grupe patologice și pentru a defini marile entități morbide. Or, ceea ce regăsim în spatele acestei metode unice, sînt două postulate ce vizează, și unul, și celălalt, natura bolii.

Mai întîi, se postulează că boala este o esență, o entitate specifică, reperabilă prin simptomele pe care le manifestă, dar anterioară acestora și, într-o anumită măsură, independentă de ele ; se va descrie un fond schizofrenic, ascuns în spatele unor simptome obsesionale ; se va vorbi despre deliruri camuflate ; în spatele unei crize maniacale sau al unui episod depresiv se va presupune entitatea unei nebunii maniaco-depresive.

Alături de această prejudecată de esență, și pentru a compensa abstractizarea ce o implică, există un postulat naturalist, care încadrează boala în specia botanică ; unitatea pe care o presupunem fiecărei grupe nosografice, în spatele polimorfismului de simptome, ar fi ca și unitatea unei specii, definită de caracteristicile sale permanente, și diversificată în subgrupele sale : astfel, Demența Precocă este ca o specie caracterizată prin formele ultime ale evoluției sale naturale, și care prezintă variantele hebefrenice, catatonice sau paranoide.

Dacă definim maladia mentală prin aceleași metode conceptuale ca și maladia organică, dacă izolăm și dacă asamblăm simptomele

<sup>1</sup> E. BLEULER, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911).

psihologice, ca și simptomele fiziologice e, înainte de toate, întrucât considerăm boala, mentală sau organică, ca o esență naturală, manifestată prin simptome specifice. Între aceste două forme de patologie nu există, deci, unitate reală, ci numai, și prin intermediul acestor două postulate, un paralelism abstract. Or, problema unității umane și a totalității psihosomatice rămîne, în întregime, deschisă.



Iată dificultatea acestei probleme, care a abătut patologia spre noi metode și concepte. Noțiunea de totalitate organică și psihologică face „tabula rasa“ postulatele care înalță boala la rangul unei entități specifice. Boala, ca realitate independentă, tinde să stea în umbră, și s-a renunțat la a i se atribui, în privința simptomelor, rolul unei specii naturale, iar față de organism, acela al unui corp străin. Avantajăm, dimpotrivă, reacțiile globale ale individului ; între procesul morbid și funcționarea generală a organismului, boala nu se mai interpune ca o realitate autonomă ; nu o mai concepem decît ca pe o croială abstractă, pe tiparul evoluției individului bolnav.

În domeniul patologiei organice, reamintim, pentru informație, rolul jucat în prezent de către reglările hormonale și perturbările lor, importanța acordată centrilor vegetativi, ca teritoriu al celui de al treilea ventricul ce comandă aceste organizări. Se știe cît a insistat Leriche asupra caracterului global al proceselor patologice, și asupra necesității de a substitui o patologie celulară, cu o patologie de țesut. Selyé, la rîndul său, descriind „bolile adaptării“, a arătat că esența fenomenului patologic trebuie căutată în ansamblul reacțiilor nervoase și vegetative care sînt ca răspunsul global al organismului la atacul, la stress-ul venit din lumea exterioară.

În patologia mentală, se acordă aceeași prerogativă noțiunii de totalitate psihologică ; boala ar fi deformare intrinsecă a personalității, dezorganizare internă a structurilor sale, deviere progresivă a devenirii sale, ea nu ar avea realitate și sens decît în interiorul unei personalități structurate. În această direcție s-a încercat definirea bolilor mentale, după amploarea perturbațiilor de personalitate, și s-a ajuns să se împartă tulburările psihice în două mari categorii : nevrozele și psihozele.

1) *Psihozele*, perturbări ale personalității globale, prezintă : o tulburare a gândirii (gîndire maniacală ce aleargă, se scurge, alupecă spre asocieri de sunete sau spre jocuri de cuvinte ; gîndire schizofrenică, ce sare, saltă peste mediatori și acționează prin intermitențe sau contraste) ; o degradare generală a vieții afective și a dispoziției (întrerupere a contactului afectiv, în schizofrenie ; colorații emoționale abundente, în manie sau în depresie) ; o perturbare a controlului conștiinței, a amplasării în perspectivă a diverse puncte de vedere, aspecte deformate ale simțului critic (credință delirantă, în paranoia, unde sistemul de interpretare reneagă probele exactității și rămîne refractar la orice controverse ; indiferență a paranoicului față de singularitatea experienței sale halucinatorii care are, pentru el, valoarea de realitate) ;

2) În *nevroze*, dimpotrivă, este atins numai un singur sector al personalității : ritualism al obsedațiilor față de un obiect sau altul ; angoase provocate de o anume situație, în nevroza fobică. Cursul gândirii, însă, rămîne intact în structura sa, chiar dacă e mai lent la psihastenici ; contactul afectiv se menține, chiar dacă e exagerat pînă la susceptibilitate, la isterici ; în sfîrșit, nevroticul, atunci cînd prezintă lacune de conștiință, ca istericul, sau impulsuri de nestăpînit, ca obsedatul, își păstrează luciditatea critică față de propriile fenomene morbide.

Clasăm, în general, printre psihoze, paranoia și întreaga grupare schizofrenică, cu sindroamele sale paranoide, hebefrenice și catatonice ; printre nevroze, psihastenia, isteria, obsesia, nevroza de anxietate și nevroza fobică.

Personalitatea devine astfel mediul în care se dezvoltă boala și criteriul ce permite judecarea ei ; ea este, în același timp, realitatea și măsura bolii.

Am văzut, în această întâietate a noțiunii de totalitate, o revenire la patologia concretă, și posibilitatea să determinăm, ca un domeniu singular, teritoriul patologiei mentale și acela al patologiei organice. Într-adevăr, nu se adresează și una și alta aceluiași individ uman în realitatea sa, pe căi diferite? Prin această punere în drepturi a noțiunii de totalitate nu converg ele, totodată, prin identitatea metodei și unitatea obiectivului lor?

Opera lui Goldstein ar putea să o dovedească. Studiind, la hotarele medicinei mentale și ale medicinei organice, un sindrom neurologic ca afazia, el recuză, în fapt, explicațiile organice printr-o leziune locală, ca și interpretările psihologice printr-un deficit global al inteligenței. El arată că o leziune corticală posttraumatică poate modifica stilul de răspunsuri ale individului la stimulii mediului său ; o proastă funcționare îngustează posibilitățile de adaptare ale organismului și radiază din comportament eventualitatea unor anumite atitudini. Dacă un afazic nu poate numi un obiect ce i se indică, pe când îl poate solicita dacă-i e necesar, aceasta nu se datorează unui deficit (suprimare organică sau psihologică), pe care l-am putea descrie ca pe o realitate în sine ; e tocmai pentru că el nu mai este capabil de o anumită atitudine în fața lumii, de o perspectivă de denumire care, în loc să se apropie de obiect pentru a-l sesiza (*greifen*), se distanțează pentru a-l arăta și a-l indica (*zeigen*)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> GOLDSTEIN, *Journal de Psychologie*, 1933.

Indiferent dacă primele sale semne sînt psihologice sau organice, boala ar viza, în tot cazul, situația globală a individului în lume ; în loc să fie o esență fiziologică sau psihologică, ea este o reacție generală a individului, luat în totalitatea lui psihologică și fiziologică. În toate aceste forme recente de analiză medicală se poate, deci, descifra o semnificație unică : cu cît mai mult considerăm ca un întreg unitatea ființei umane, cu atît mai mult se risipește realitatea unei boli care ar fi unitate specifică ; și mai mult, se impune, pentru a înlocui analiza formelor naturale ale bolii, descrierea individului, reacționînd la situația sa într-o manieră patologică.

Prin unitatea pe care o asigură și prin problemele pe care le suprimă, noțiunea de totalitate e potrivită pentru a conferi patologiei un climat de euforie conceptuală. Tocmai de acest climat au vrut să profite toți aceia care, de aproape ori de departe, s-au inspirat din lucrările lui Goldstein. Dar nenorocirea a vrut ca euforia să nu fie de aceeași parte cu rigoarea.

\*  
\*      \*

Am vrea să arătăm că, dimpotrivă, patologia mentală impune metode de analiză diferite față de patologia organică și că numai printr-un artificiu de limbaj putem să atribuim aceeași semnificație „bolilor corpului“ și „bolilor spiritului“. O patologie unitară, ce ar utiliza aceleași metode și aceleași concepte în domeniul psihologic și fiziologic este, în momentul de față, de domeniul mitului, chiar dacă unitatea corpului și a spiritului e de domeniul realității.

1) *Abstracția*. – În patologia organică, motivul unei reveniri la bolnav, dincolo de boală, nu exclude așezarea într-o perspectivă riguroasă, care ne permite să izolăm, în fenomenele patologice, condițiile și efectele, procesele consistente și reacțiile singulare.

Anatomia și fiziologia propun, cu justete, medicinei o analiză ce autorizează abstractizări valabile, pe fondul totalității organice. Cu siguranță, patologia lui Selyé insistă, mai mult decât oricare alta, asupra solidarității fiecărui fenomen segmentar cu întregul organismului, dar aceasta nu este pentru a le face să dispară în individualitatea lor, nici pentru a denunța în ele o abstracție arbitrară. Dimpotrivă, e tocmai pentru a permite ordonarea fenomenelor singulare într-o coerență globală, pentru a arăta, de exemplu, cum niște leziuni intestinale, similare cu cele ale febrei tifoide, ocupă loc într-un ansamblu de perturbări hormonale, în care un element esențial îl constituie o tulburare a funcției cortico-suprarenale. Importanța dată în patologia organică noțiunii de totalitate nu exclude nici abstracția elementelor izolate, nici analiza cauzală ; ea permite, din contră, o abstractizare mai fondată și determinarea unei cauzalități mai reale.

Or, psihologia nu a putut oferi niciodată psihiatriei ceea ce a dăruit fiziologia medicinei : instrumentul de analiză care, delimitând tulburarea, ar permite examinarea raportului funcțional al acestui rău cu ansamblul personalității. Coerența unei vieți psihologice pare, efectiv, asigurată într-o altă manieră decât coeziunea unui organism ; înglobarea segmentelor tinde aici către o unitate care le face cu putință pe fiecare dintre ele, dar se rezumă și se concentrează în fiecare : e ceea ce psihologii numesc, în vocabularul lor, împrumutat de la fenomenologie, unitatea semnificativă a comportamentelor, ce conține în fiecare element – vis, crimă, gest gratuit, liberă asociere – alura generală, stilul, întreaga anterioritate istorică și implicațiile eventuale ale unei existențe. Abstracția, deci, nu poate să se facă în aceeași manieră în psihologie și în fiziologie ; iar delimitarea unei tulburări patologice solicită alte metode în patologia organică decât în patologia mentală.

2) *Normalul și patologicul*. – Progresiv, medicina a văzut estompându-se linia de separare dintre faptele patologice și cele normale ; sau, mai degrabă, ea a sesizat cu mai multă claritate că tablourile clinice nu alcătuiau o colecție de fapte anormale, niște „monștri“ fiziologici, dar că erau, în parte, constituite din mecanisme normale și reacțiile de adaptare ale unui organism, funcționând conform normei sale. Hipercalciuria, ce însoțește o fractură a femurului, este un răspuns organic, situat, după cum spune Leriche, „în șirul posibilităților tisulare“<sup>1</sup> : este organismul răspunzând într-o manieră organizată la răul patologic, pentru a-l îndrepta. Dar să nu uităm : aceste considerații se bazează pe o planificare coerentă a posibilităților fiziologice ale organismului ; iar analiza mecanismelor normale ale bolii permite, în fapt, să se discearnă mai bine impactul răului morbid și, împreună cu virtualitățile normale ale organismului, dispoziția sa către vindecare : la fel cum boala este înscrisă în interiorul virtualităților fiziologice normale, posibilitatea vindecării e înscrisă în interiorul evoluției bolii.

În psihiatrie, dimpotrivă, noțiunea de personalitate face deosebit de dificilă distincția dintre normal și patologic. Bleuler, de exemplu, opusese, ca doi poli ai patologiei mentale, grupul schizofreniilor, cu întreruperea contactului cu realitatea, și grupul demențelor maniaco-depresive, sau psihozele ciclice, cu exagerarea reacțiilor afective. Or, această analiză a părut să definească la fel de bine personalitățile normale ca și personalitățile morbide ; iar Kretschmer a putut să constituie, în acest spirit, o carectereologie bipolară, ce cuprinde schizotimia și ciclotimia, în care accentuarea patologică s-ar înfățișa ca schizofrenie și „ciclofrenie“. Dar, cu acest fapt, trecerea de la reacții normale la formele morbide nu ține de o analiză precisă a proceselor ; ea permite numai o apreciere calitativă, care autorizează toate confuziile.

<sup>1</sup> LÉRICHE, *Philosophie de la Chirurgie*.

În timp ce ideea de solidaritate organică permite distingerea și îngemănarea răului morbid și a reacției adaptate, examenul personalității preîntâmpină, în patologia mentală, asemenea analize.

3) *Bolnavul și mediul*. – În fine, o a treia diferențiere ne împiedică să tratăm, cu aceleași metode, și să analizăm, cu aceleași concepte, totalitatea organică și personalitatea psihologică. Fără îndoială, nici o boală nu poate fi separată de metodele de diagnostic, de procedeele de izolare, de instrumentele terapeutice pe care le grupează practica medicală. Noțiunea de totalitate organică scoate însă în relief, independent de aceste practici, individualitatea subiectului bolnav ; ea permite să-l izolăm în originalitatea sa morbidă și să determinăm caracterul propriu al reacțiilor sale patologice.

Din unghiul patologiei mentale, realitatea bolnavului nu permite o abstracție asemănătoare și fiecare individualitate morbidă trebuie înțeleasă prin reacțiile mediului față de sine. Ipostaza de internat și tutelă impusă alienatului începînd cu sfîrșitul secolului al XVIII-lea, totala sa dependență față de decizia medicală au contribuit, fără îndoială, la a defini, la finele secolului al XIX-lea, statutul istericului. Deposedat de drepturile proprii, de către tutore și consiliul familiei, practic recăzut în ipostaza de minoritate juridică și morală, privat de libertate prin atotputernicia medicului, bolnavul devenea nucleul tuturor sugestiilor sociale : iar în punctul de convergență al acestor practici se oferea sugestibilitatea, ca sindrom major al isteriei. Babinski, impunînd din afară pacientei sale ascendentul sugestiei, o conducea la acel punct de alienare în care, prăbușită, fără voce și fără mișcare, ea era gata să accepte eficacitatea parolei miraculoase : „Ridică-te și mergi“. Iar medicul găsea semnul simulării în reușita parafrizei sale evanghelice, întrucît bolnava, urmînd porunca ironic-profetică, se ridica realmente și mergea aievea. Or, în ceea ce medicul denunța ca iluzie, el se izbea, în fapt, de realitatea practicii medicale : el găsea, în această sugestibilitate, rezultatul tuturor sugestiilor, al

tuturor dependențelor la care era supusă bolnava. Că astăzi observațiile nu mai prezintă deloc miracole asemănătoare nu infirmă realitatea reușitelor lui Babinski, ci dovedește doar că profilul istericului tinde să stea în umbră, pe măsură ce practicile sugestiei, care constituiau odinioară mediul bolnavului, se atenuază.

Dialectica raporturilor individului cu mediul său nu se face, prin urmare, în același mod în fiziologia patologică și în psihologia patologică.

\*  
\*       \*

Așadar, nu putem admite dintr-o dată nici un paralelism abstract, nici o unitate apreciabilă între fenomenele patologiei mentale și cele ale patologiei organice ; e imposibil să se transpună, de la una la cealaltă, schema abstracțiilor, criteriile de normalitate sau definiția individului bolnav. Patologia mentală trebuie să se elibereze de toate postulatele unei „metapatologii“ : unitatea asigurată de către aceasta, între diversele forme de boală, nu este decât artificială, cu alte cuvinte, ea ține de un fapt istoric, căruia deja nu-i mai aparținem întru totul.

Este necesar, prin urmare, acordînd credit omului însuși, și nu abstractizărilor asupra bolii, să analizăm specificul maladiei mentale, să cercetăm formele concrete pe care psihologia a putut să i le atribuie ; apoi, să determinăm condițiile ce au făcut posibil acest straniu statut al nebuniei, boală mentală ireductibilă la orice altă boală.

La aceste întrebări se străduiesc să răspundă cele două părți ale lucrării noastre:

- 1) Dimensiunile psihologice ale maladiei mentale ;
- 2) Psihopatologia ca fapt de civilizație.

Partea întâi

## **DIMENSIUNILE PSIHOLOGICE ALE BOLII**



## Capitolul II

### BOALA ȘI EVOLUȚIA

În prezența unui bolnav grav atins, avem impresia primă a unui deficit global masiv, fără nici o compensație : incapacitatea unui subiect derutat de a se repera în timp și spațiu, întreruperile de continuitate, care se produc fără încetare în conduita sa, imposibilitatea de-a depăși momentul în care este claustrat, pentru a avea acces la universul celuilalt sau pentru a se întoarce către trecut și viitor, toate aceste fenomene invită la descrierea bolii sale în raport cu funcțiile abolite : conștiința bolnavului e dezorientată, întunecată, limitată, fragmentată. Dar acest vid funcțional este, în același timp, umplut de un vârtej al reacțiilor elementare ce par exagerate și mai violente prin dispariția altor comportamente : toate automatismele de repetare sînt accentuate (bolnavul răspunde în ecou la întrebările ce i se pun, un gest declanșat se oprește pe neașteptate și se repetă la infinit), limbajul interior invadează întregul domeniu de exprimare al subiectului care continuă, cu voce scăzută, un monolog dezlinat, fără să se adreseze vreodată cuiva. În fine, apar, pe moment, reacții emoționale intense.

Deci, nu trebuie să interpretăm patologia mentală în litera prea simplă a funcțiilor abrogate : boala nu este numai pierdere a conștiinței, o adormire a acestei funcții, o obnubilare a acestei facultăți. În decupajul său abstract, psihologia secolului al XIX-lea invita la o astfel de descriere pur negativă a bolii, și semiologia

fiecăruia era cam simplistă, limitându-se la a descrie aptitudinile dispărute, la a enumera, în amnezii, amintiri uitate, la a analiza, în dedublările de personalitate, sintezele devenite imposibile. În fond, boala șterge, dar și subliniază, ea anulează, pe de o parte, dar tocmai pentru ca să exagereze de cealaltă parte ; esența bolii nu constă doar în vidul pe care-l creează, ci și în plenitudinea pozitivă a activităților de substituire care-l umplu.

Ce dialectică va da seama, simultan, de aceste fapte pozitive și de fenomenele negative ale dispariției?

De la bun început se poate nota că funcțiile dispărute și funcțiile exagerate nu sînt de același nivel : ceea ce a dispărut sînt coordonatele complexe, este conștiința cu deschiderile sale deliberate, jocul său de orientare în timp și spațiu, tensiunea voluntară care reia și ordonează automatismele. Comportamentele păstrate și accentuate sînt, din contră, segmentare și simple ; e vorba despre elemente disociate ce se eliberează într-un stil de absolută incoerență. Sintezei complexe a dialogului i se substituie monologul fragmentat ; sintaxa, prin intermediul căreia se constituie un sens, este distrusă, nu mai subzistă decît elemente verbale din care rezultă sensuri ambigue, polimorfe și labile ; coerența spațio-temporală, ce se ordonează în funcție de aici și acum, se prăbușește și nu se mai menține decît un haos de locuri succesive și de momente insulare. Fenomenele pozitive ale bolii se opun celor negative, la fel ca și simplul, complexului.

Dar ca și stabilul, instabilului. Sintezele spațio-temporale, atitudinile intersubiective, intenționalitatea voluntară sînt, fără încetare, compromise de fenomene la fel de frecvente ca și somnul, tot atît de difuze ca și sugestia, la fel de obișnuite ca visul. Comportamentele accentuate de boală au o soliditate psihologică pe care structurile suprimate nu o au. Procesul patologic amplifică fenomenele cele mai stabile și nu le suprimă decît pe cele mai labile.

În concluzie, funcțiile accentuate patologice sînt cele mai involuntare : bolnavul a pierdut orice inițiativă, într-atît încît însuși răspunsul determinat de o întrebare nu poate decît să repete ultimele cuvinte ale interlocutorului său ; ori, cînd izbutește să facă un gest, inițiativa e depășită imediat de un automatism de repetare care-l oprește și-l sufocă. Spunem, deci, pe scurt, că boala suprimă funcțiile complexe, instabile și voluntare, exaltînd funcțiile simple, stabile și automate.

Or, această diferență în nivelul structural este dublată de o diferență în nivelul evolutiv. Supremația reacțiilor automate, succesiunea comportamentelor, întreruptă fără încetare și dezordonată, forma explozivă a reacțiilor emoționale sînt caracteristici ale unui nivel arhaic în evoluția individului. Sînt acele comportamente care imprimă stilul lor reacțiilor copilului : absența conduitelor de dialog, monologuri lipsite de interlocutori, repetiții în ecou, prin lipsa de înțelegere a dialecticii întrebare-răspuns, pluralitate a coordonantelor spațio-temporale, ceea ce permite comportamente în insule, unde spațiile sînt fragmentate, iar clipele independente, toate aceste fenomene, comune structurilor patologice și stadiilor arhaice de evoluție, desemnează, în cadrul bolii, un proces regresiv.

Dacă, printr-o singură mișcare, boala face să apară semne pozitive și semne negative, dacă, în același timp, ea suprimă și exaltă, este în măsura în care, revenind la fazele anterioare ale evoluției, ea face să dispară achizițiile recente și redescoperă forme de comportament, în mod normal depășite. Boala este procesul de-a lungul căruia se desface urzeala evoluției, suprimînd, în primul rînd, și în formele sale cele mai benigne, structurile cele mai recente, atîngînd apoi, la isprăvire și în punctul său suprem de gravitate, nivelele cele mai arhaice. Boala nu este, deci, un deficit care lovește orbește o anumită facultate sau alta ; există, în absurditatea

morbidului, o logică pe care trebuie să știm să o interpretăm ; este însăși logica evoluției normale. Boala nu este o esență împotriva naturii, ea este natura însăși, dar într-o evoluție inversă ; istoria naturală a bolii nu are decît să refacă traseul istoriei naturale a organismului sănătos. Dar, în această logică unică, fiecare boală își va conserva profilul singular ; fiecare entitate nosografică își va găsi locul, iar conținutul său va fi definit de punctul în care se oprește studiul disocierii ; diferențelor de esență dintre boli trebuie să li se prefere analiza, potrivit cu gradul de profunzime a deteriorării, iar semnificația unei boli va putea fi definită prin etiajul unde se stabilizează procesul de regresie.

\*  
\*      \*

„În orice nebunie“, spunea Jackson, „există un rău morbid, ce atinge un număr mai mare sau mai mic de centri cerebrali superiori sau, ceea ce e sinonim, nivelul cel mai înalt de evoluție al infrastructurii cerebrale, ori, ceea ce este încă o dată sinonim, un substrat anatomic al bazei fizice a conștiinței... În orice nebunie, o mare parte a centrilor cerebrali superiori e scoasă din funcție, de o manieră temporară sau permanentă, de anumite procese patologice“<sup>1</sup>. Întreaga operă a lui Jackson tinsese către a da drepturi depline evoluționismului în neuro și psihopatologie. După *Croonian Lectures* (1874), nu mai e posibil să se omită aspectele regresive ale bolii ; evoluția e, de acum înainte, una dintre dimensiunile prin care avem acces la cazul patologic.

O bună parte din opera lui Freud o constituie comentariul formelor evolutive ale nevrozei. Istoria libidoului, a dezvoltării sale,

<sup>1</sup> *Facteurs de la folie*, Selected Papers, II, p. 411.

a fixațiilor sale succesive este ca o concentrare a virtualităților patologice ale individului; fiecare tip de nevroză reprezintă o revenire la un stadiu al evoluției libidinale. Iar psihanaliza a crezut că poate să scrie o psihologie a copilului, alcătuind o patologie a adultului.

1) Primele lucruri căutate de copil sînt alimentele, iar primul instrument al plăcerii, gura: fază de erotism bucal în timpul căreia frustrările alimentare se pot lega de complexe de înțarcare; de asemenea, fază de legătură cvasibiologică cu mama, cînd orice abandon poate să provoace deficitele fiziologice analizate de Spitz<sup>1</sup>, sau nevrozele descrise de Doamna Guex ca fiind, în mod specific, nevroze de abandon<sup>2</sup>. Doamna Sechehaye a izbutit chiar să analizeze o tînră schizofrenică la care o fixație, în aceste etape foarte arhaice ale dezvoltării, adusesese cu sine, în momentul adolescenței, o stare de stupeoare hebefrenică în care trăia subiectul, prăbușit, cu conștiința anxios-difuză a corpului său avid.

2) Împreună cu dentiția și dezvoltarea musculaturii, copilul își organizează un sistem de apărare agresivă, care marchează primele momente ale independenței sale. Dar acesta este, de asemenea, mometul în care disciplinele – și de o manieră majoră, disciplina sfincteriană – i se impun copilului, materializînd instanța parentală în forma sa represivă. Ambivalența se instalează, ca dimensiune naturală a afectivității: ambivalența a alimentului ce nu satisface decît în măsura în care-l distrugem după modelul agresiv al mușcăturii; ambivalența plăcerii, care este și de excreție, și de introiecție; ambivalența satisfacțiilor, cînd permise și valorificate, cînd interzise și pedepsite. Tocmai în această etapă se face fixarea a ceea ce Doamna Melanie Klein numește „bunele” și „relele intenții”;

<sup>1</sup> SPITZ, *L'hospitalisme*.

<sup>2</sup> G. GUEX, *Les névroses d'abandon*.

dar ambiguitatea latentă a unora și a altora nu este încă dominantă și fixarea în această perioadă, descrisă de Freud ca „stadiu sadico-anal“, cristalizează sindroamele obsesionale : sindrom contradictoriu de îndoială, de interogație, de atracție impulsivă, compensată neîncetat de rigoarea interdicției, de precauțiile împotriva sinelui, mereu ocolite și mereu reîncepute, dialectică a rigorii și a concesiei, a complicității și a refuzului, în care se poate descifra ambivalența radicală a obiectului dorit.

3) Legată de primele activități erotice, de afinajul reacțiilor de echilibru și de recunoașterea sinelui în oglindă, se constituie o experiență a „corpului propriu“. Afectivitatea dezvoltă atunci, ca temă majoră, afirmația sau revendicarea integrității corporale ; narcisismul devine o structură a sexualității, iar propriul corp, un obiect sexual privilegiat. Orice ruptură, în acest circuit narcisic, perturbă un echilibru deja dificil, cum o dovedește angoasa copiilor față de fanteziile castratoare ale amenințărilor părintești. Tocmai în această dezordine anxioasă a experiențelor corporale se precipită sindromul isteric : dedublare a corpului și constituire a unui *alter ego* în care subiectul își citește-n oglindă gândurile, dorințele și gesturile, de care acest dublu demoniac îl deposează în avans ; divizare isterică ce sustrage, de la experiența globală a corpului, elementele anesteziate sau paralizate ; angoasă fobică în fața unor obiecte ale căror amenințări fantasmagorice vizează, pentru bolnav, integritatea corpului său (Freud a analizat astfel fobia unui băiat de patru ani la care frica față de cai ascundea obsesia castrării)<sup>1</sup>.

4) În fine, se face „alegerea obiectuală“, la sfârșitul acestei prime copilării : opțiune ce trebuie să implice, împreună cu o fixație heterosexuală, o identificare cu părintele de același sex. Dar acestei diferențieri și adormirii unei sexualități normale li se opun atitudinea

<sup>1</sup> FREUD, *Cinq psychanalyses* (p. 111).

părinților și ambivalența afectivității infantile : ea este, într-adevăr, în această epocă încă, fixată, asemenea unei gelozii împeștrată de erotism și agresivitate, pe o mamă dorită, care se refuză sau, cel puțin, se împarte, și ea se descompune în anxietate înaintea unui tată a cărui rivalitate triumfală suscită, împreună cu dușmănia, dorința amoroasă de identificare. Acesta este faimosul complex al lui Oedip, în care Freud credea să descifreze enigma omului și cheia destinului său ; în care trebuie, fără îndoială, să găsim cea mai comprehensivă analiză a conflictelor trăite de copil în raporturile sale cu părinții și punctul de fixație al multor nevroze.

Pe scurt, orice stadiu libidinal este o virtuală structură patologică. Nevroza reprezintă o arheologie spontană a libidoului.

Janet reia el însuși tema jacksoniană, dar dintr-o perspectivă sociologică. Căderea de energie psihologică, ce caracterizează boala, ar face imposibile comportamentele complexe de-a lungul evoluției sociale și ar descoperi, asemenea unei maree care se retrage, comportamente sociale primitive, sau chiar reacții presociale.

Un psihastenic nu reușește să creadă în realitatea ce-l înconjoară ; este, pentru el, un comportament „prea dificil“. Ce este o conduită dificilă? În esență, o conduită în care o analiză verticală arată suprapunerea mai multor comportamente simultane. A doborî un vînat este o conduită ; a istorisi, după aceea, că s-a ucis un vînat, constituie altă conduită. Dar în momentul în care pîndești, în care ucizi, să-ți povestești ție însuși că ucizi, că urmărești, că pîndești, pentru a putea prezenta altora, ulterior, epopeea ; să ai simultan conduita reală a vînatării și conduita virtuală a povestirii e o dublă operație, mult mai complicată decît oricare din cele două și care nu este decît în aparență cea mai simplă : e atitudinea prezentului, germene al tuturor comportamentelor temporale, în care se suprapun și se îmbucă gestul actual și conștiința că gestul acesta va avea un viitor, cu alte cuvinte, că mai tîrziu vom putea să-l povestim ca pe

un eveniment trecut. Putem, deci, evalua dificultatea unei acțiuni după numărul comportamentelor elementare ce implică unitatea derulării sale.

Să luăm, la rîndul ei, această atitudine a „expunerii către alții“, a cărei virtualitate face parte din atitudinile prezentului. A povesti, sau, pur și simplu, a vorbi, sau, de o manieră încă și mai elementară, a emite un ordin nu este un lucru simplu ; se referă, în primul rînd, la un eveniment sau la o ordine a lucrurilor, ori la o lume la care eu însumi nu am acces, dar alteineva poate avea acces în locul meu ; așadar, trebuie să recunosc punctul de vedere al altcuiva și să-l integrez celui propriu ; trebuie, deci, să-mi dublez propria acțiune (ordinul lansat) cu o atitudine virtuală, cea a semenului care trebuie să o execute. Și, în plus : a lansa un ordin presupune întotdeauna urechea care-l va percepe, inteligența care-l va înțelege, corpul care îl va executa ; în acțiunea de comandă e implicată virtualitatea de a fi ascultat. Înseamnă că atitudinile acestea, aparent atât de simple, care sînt : interesul față de prezent, povestirea, cuvîntul, toate implică o anumită dualitate ce este, de fapt, dualitatea tuturor comportamentelor sociale. Dacă, deci, psihastenicul își găsește atât de anevoie atenția pentru prezent, e tocmai datorită implicațiilor sociale pe care aceasta le conține la modul confuz ; pentru el au devenit dificile toate acțiunile ce au un invers (a privi – a fi privit, în prezență ; a vorbi – a fi vorbit, în limbaj ; a crede – a fi crezut, în povestire), acestea fiind atitudini ce se manifestă într-un orizont social. A fost necesară o întreagă evoluție pentru ca dialogul să devină un mod de corelație interumană ; el nu a devenit posibil decît prin trecerea de la o societate imobilă, în ierarhia sa de moment, care nu autorizează decît cuvîntul de ordine, la o societate în care egalitatea raporturilor permite și garantează schimbul virtual, fidelitatea față de trecut, angajamentul de viitor, reciprocitatea punctelor de vedere. Aceasta este întreaga evoluție socială pe care o reface bolnavul incapabil de dialog.

Fiecare boală, potrivit cu gravitatea sa, anulează una sau alta dintre aceste conduite pe care societatea, în evoluția ei, le făcuse posibile, și îi substituie forme de comportament arhaice :

1) În locul dialogului, ca formă supremă de evoluție a limbajului, apare un soi de monolog în care subiectul își povestește sieși ceea ce face, sau poartă, cu un interlocutor imaginar, un dialog pe care ar fi incapabil să-l aibă cu un partener real, precum acel profesor psihastenic ce nu putea să-și susțină conferința decît în fața oglinzii. A acționa sub privirile altcuiva devine, pentru bolnav, un lucru prea „difil” : de aceea atîția indivizi obsedați ori psihastenici prezintă, cînd sînt observați, manifestări de eliberare emoțională, ca ticurile, mimicile, miocloniile de toate felurile ;

2) Pierzînd acea virtualitate ambiguă a dialogului, și nemaisizînd cuvîntul decît prin acea înfățișare schematică pe care o prezintă subiectului ce vorbește, bolnavul pierde controlul universului său simbolic, iar ansamblul de cuvinte, de semne, de rituri, pe scurt, tot ceea ce este aluziv și referențial în lumea umană, încetează să se integreze într-un sistem de echivalențe semnificative ; cuvintele și gesturile nu mai sînt acel teritoriu comun unde se întîlnesc intențiile sale și ale celorlalți, ci semnificații existînd prin ele însele ale realității masive și neliniștitoare ; surîsul nu mai e răspunsul banal dat unui salut cotidian ; este un eveniment enigmatic pe care nu poate să-l reducă nici una dintre echivalențele simbolice ale politeții ; el se detașează, atunci, deasupra orizontului bolnavului ca simbolul nu se știe cărui mister, ca expresia unei ironii care tace și amenință. Din toate părțile, universul neînduplecat al persecuției ;

3) Acest univers, care avansează de la delir la halucinație, pare să țină, în întregime, de o patologie a credinței, ca atitudine interumană : criteriul social al adevărului („a crede ceea ce alții cred”) nu mai are nici o valoare pentru bolnav ; și în această lume pe care absența semenului a privat-o de soliditate obiectivă, el

introduce, fără rezerve, un univers de simboluri, de fantasme, de obsesii ; această lume, în care privirea celuiilalt s-a stins, devine propice halucinațiilor și delirurilor. Astfel, în aceste fenomene patologice, bolnavul e retrimis la formele arhaice de credință, când omul primitiv nu găsea, în solidaritatea sa cu aproapele, criteriul adevărului, când își proiecta dorințele și fricile în fantasmagorii ce, împreună cu realul, țeseau păienjenişul nedisociabil al visului, al nălucirii, al mitului.

\*  
\*      \*

Există, fără îndoială, la orizontul tuturor acestor analize, teme explicative ce se situează, ele însele, la granițele mitului : mai întâi, mitul de o anumită substanță psihologică („libido“, la Freud, „forță psihică“, la Janet), care ar fi ca materia brută a evoluției și care, progresînd pe parcursul dezvoltării individuale și sociale, ar suferi o recidivă și ar recădea, prin datul bolii, în starea sa anterioară ; de asemenea, mitul unei identități între bolnav, primitiv și copil, mit prin care se liniștește conștiința scandalizată în fața bolii mentale, și se consolidează conștiința încorsetată în prejudecățile sale culturale. Dintre aceste două mituri, primul, pentru că este științific, a fost abandonat imediat (reținem, de la Janet, analiza comportamentelor și nu interpretarea prin forță psihologică ; psihanaliștii au oroare, din ce în ce mai mult, de noțiunea bio-psihologică de libidou) ; al doilea, dimpotrivă, pentru că este moral, pentru că justifică mai mult decît explică, rămîne încă în circulație.

Și totuși, nu are sens să se restabilească o identitate între personalitatea morbidă a bolnavului și aceea, normală, a copilului sau a primitivului. Într-adevăr, din două, una :

– Ori se admite cu exactitate interpretarea lui Jackson : „Voi imagina că centrii cerebrale sînt de patru categorii, A, B, C, D” ; prima formă a nebuniei, cea mai benignă, va fi –  $A + B + C + D$  ; „totalitatea personalităților este, în fapt,  $+ B + C + D$  ; termenul – A e dat doar pentru a arăta prin ce diferă noua personalitate de personalitatea anterioară”<sup>1</sup> ; regresia patologică nu este, atunci, decît o operațiune de scădere ; dar ceea ce este scăzut în această aritmetică e tocmai ultimul termen, care favorizează și desăvîrșește personalitatea ; adică „restul” nu va fi o personalitate anterioară, ci o personalitate suprimată. Din acest motiv, cum să identificăm subiectul bolnav cu personalitățile „anterioare” ale primitivului sau ale copilului?

– Ori se lărgește sfera jacksonismului, admițîndu-se o reorganizare a personalității ; regresia nu se mulțumește să suprimă și să elibereze, ea ordonează și aranjează ; după cum spuneau Monakow și Mourgue, referitor la disoluția neurologică : „Dezintegrarea nu este inversarea exactă a integrării... Ar fi absurd să susținem că hemiplegia e o revenire la stadiul primitiv de învățare a locomoției... Aici funcționează autoreglarea, astfel încît noțiunea de dezintegrare pură nu există. Acest proces ideal e mascat de tendința creatoare a organismului, aflat într-o continuă activitate, de a restabili echilibrul perturbat”<sup>2</sup>. Deci, nu mai poate fi vorba de personalități arhaice ; trebuie să admitem specificitatea personalității morbide ; structura patologică a psihismului nu este originară ; ea este perfect originală.

Nu este vorba de anularea analizelor regresiei patologice, atunci cînd trebuie doar să fie eliberate de miturile pe care, nici Janet, și nici Freud, nu au știut să le decanteze. Fără îndoială, ar fi în zadar

<sup>1</sup> C. JACKSON, *Facteurs de la folie*, trad. franc., p. 30.

<sup>2</sup> MONAKOW et MOURGUE, *Introduction biologique à la neurologie* (p. 178).

să se spună, într-o perspectivă explicativă, că omul, îmbolnăvindu-se, redevine copil, dar, din punct de vedere descriptiv, e corect să spunem că bolnavul manifestă, în personalitatea sa morbidă, niște comportamente segmentare, analoage cu cele ale unei vârste anterioare sau aparținând unei alte culturi; boala descoperă și favorizează conduite normal integrate. Prin urmare, regresia nu trebuie să fie apreciată decît ca unul dintre aspectele descriptive ale bolii.

O descriere structurală a afecțiunii ar trebui, deci, să analizeze, pentru fiecare sindrom, indicii pozitivi sau negativi, cu alte cuvinte, să detalieze structurile suprimate și cele libere. Aceasta nu ar însemna să se explice formele patologice, ci doar să fie puse într-o perspectivă ce ar face coerente și comprehensibile cazurile regresiei individuale ori sociale, relevate de Freud și de Janet. Putem, astfel, rezuma liniile generale ale unei asemenea descrieri:

1) Dezechilibrul și nevrozele nu sînt decît întiul stadiu de disoluție a funcțiilor psihice; răul nu vizează decît echilibrul general al personalității psihologice, și această ruptură, adesea momentană, nu eliberează decît complexele afective, structurile emoționale inconștiente, constituite de-a lungul evoluției individuale;

2) În paranoia, tulburarea generală a dispoziției eliberează o structură pasională care nu este decît exagerarea comportamentelor obișnuite ale personalității; dar nici luciditatea, nici ordinea, nici coeziunea fondului mental nu sînt încă atinse;

3) O dată cu stările onirice, atingem un nivel unde structurile conștiinței sînt, deja, disociate; controlul perceptiv și coerența raționamentului au dispărut; iar în această fărîmîtare a sferei conștiinței vedem infiltrîndu-se structurile visului, care nu sînt eliberate, de obicei, decît în somn. Iluziile, halucinațiile, recunoașterile eronate manifestă, în stare de veghe, dezinhibarea formelor conștiinței onirice;

4) În etapele maniacale și melancolice, disocierea pătrunde în sfera instinctiv-afectivă ; puerilitatea emoțională a maniacului, pierderea, la melancolic, a conștiinței corpului și a instinctelor de conservare, reprezintă latura negativă. În ceea ce privește formele pozitive ale bolii, ele apar în acele paroxisme de agitație motrice sau de explozii emoționale în care melancolicul își manifestă disperarea, maniacul își manifestă agitația euforică ;

5) În sfârșit, în stările confuzionale și schizofrenice, deteriorarea ia forma unui deficit capacitar ; într-un orizont în care reperele spațiale și temporale au devenit prea imprecise pentru ca să permită orientarea, gândirea, în destrămare, acționează prin fragmente izolate, subliniază un univers vid și sumbru de „sincope psihice“, sau se închide în muțenia unui corp a cărui motricitate e zăvorâtă de catatonie. Singure, vor continua să apară, ca simptome pozitive, stereotipiile, halucinațiile, unele scheme verbale cristalizate în silabe incoerente și bruște revărsări afective, traversînd, în apariții fugare, inerția dementială.

6) Și tocmai cu demența se încheie ciclul acestei disoluții patologice, demență în care abundă toate semnele negative ale deficitelor și unde disoluția a devenit atît de profundă încît nu mai are nimic de dezinhibat ; nu mai există personalitate, ci doar o ființă vie.

Dar o analiză de acest fel ar putea să epuizeze ansamblul cazului patologic. Este insuficientă și are o dublă calitate :

a) Ea neglijează constituția personalității morbide în care sînt aduse la zi structurile regresive ; oricît de profundă ar fi disoluția (făcînd excepție doar cazul demenței), individualitatea nu poate să dispară niciodată în întregime ; ceea ce regăsește regresia personalității nu sînt niște elemente dispersate – pentru că ele nu au fost niciodată astfel – nici individualități mai arhaice – pentru că nu există drum de întoarcere în dezvoltarea personalității, ci numai succesiunea comportamentelor. Oricît de minore și de simple ar fi,

nu trebuie să se omită organizările prin care un schizofrenic își alcătuiește universul : lumea divizată pe care o descrie este, pe măsura conștiinței sale dispersate, timpul, fără viitor, fără trecut, în care trăiește, este reflectarea incapacității sale de-a se proiecta într-un viitor și de-a se regăsi într-un trecut ; dar acest haos își află punctul de coerență în structura personală a bolnavului ce asigură unitatea reală dintre conștiință și orizontul său. Oricât de bolnav este un bolnav, acest punct de coerență nu poate să nu existe. Știința patologiei mentale nu poate fi decît știința personalității bolnave.

b) Analiza regresivă descrie orientarea bolii, fără a dezvălui punctul de origine. Dacă ea nu ar fi decît regresie, boala ar fi ca o virtualitate sedimentată în orice individ, prin însăși evoluția sa ; nebunia nu ar fi decît o eventualitate, prețul întotdeauna exigibil al dezvoltării umane. Dar faptul că o anumită persoană e bolnavă, și suferă, în acest moment, de această boală, că obsesiile sale au o anumită temă, că delirul său conține anumite revendicări, sau că halucinațiile sale se extaziază în spațiul unor anumite forme vizuale nu poate fi justificat de noțiunea abstractă de regresie. În perspectiva evoluționistă, boala nu are alt statut decît pe acela al virtualității generale. Cauzalitatea ce o face necesară nu este încă eliberată, nu mai mult decît cea care dă fiecărui tablou clinic coloratura sa singulară. Această necesitate, și formele ei individuale, nu trebuie căutată într-o evoluție specifică, ci în istoria personală a bolnavului.

Deci, analiza trebuie dusă mai departe ; și trebuie să se completeze acea dimensiune evolutivă, virtuală și structurală a bolii, prin analiza dimensiunii ce o face necesară, semnificativă și istorică.

### Capitolul III

## BOALA ȘI ISTORIA INDIVIDUALĂ

Evoluția psihologică integrează trecutul prezentului, într-o unitate fără conflict, în acea unitate ordonată și solidă ce se definește ca o ierarhie de structuri, pe care numai o regresie patologică o poate compromite ; istoria psihologică, dimpotrivă, ignoră un cumul asemănător al trecutului și al prezentului ; ea îi situează unul în raport cu celălalt, interpunându-le acea distanță ce autorizează, în mod normal, tensiune, conflict și contradicție. În evoluție, trecutul e cel care promovează prezentul și-l face posibil ; în istorie, prezentul e cel ce se detașează de trecut, îi conferă un sens și-l face inteligibil. Devenirea psihologică e, în același timp, evoluție și istorie, timpul psihismului trebuie să analizeze, concomitent, în funcție de anterior și de actual – cu alte cuvinte, în termeni evolutivi – dar, de asemenea, potrivit cu trecutul și prezentul – adică, în termeni istorici. Atunci când, la sfârșitul secolului al XIX-lea, după Darwin și Spencer, fusesem uluiți să descoperim adevărul despre om, în devenirea sa de ființă vie, ne imaginam că era posibil să se scrie istoria în termenii evoluției, sau chiar să le confundăm una cu cealaltă, în avantajul celei de-a doua : am întâlni, de altminteri, același sofism în sociologia aceleiași epoci. Eroarea originară a psihanalizei, și după ea a majorității psihologilor genetice, este, fără îndoială, faptul de-a nu fi sesizat aceste două dimensiuni ireductibile ale evoluției și ale

istoriei în unitatea devenirii psihologice<sup>1</sup>. Dar lovitura de geniu a lui Freud este de a fi putut, destul de devreme, să depășească acest orizont evoluționist, definit prin termenul de libido, pentru a accede la dimensiunea istorică a psihismului uman.

În definitiv, în psihologia analitică este posibil întotdeauna să se facă departajarea dintre ceea ce revine unei psihologii a evoluției (precum în *Trois essais sur la sexualité*) și ceea ce ține de o psihologie a istoriei individuale (ca în *Cinq psychanalyses* și textele legate de acestea). Am vorbit înainte despre evoluția structurilor afective, așa cum este ea detaliată de către tradiția psihanalitică. Acum vom împrumuta de la cealaltă fațetă a psihanalizei metoda de definire a ceea ce poate fi boala mentală atunci când o examinăm din perspectiva istoriei individuale<sup>2</sup>.

\*  
\*      \*

Iată o observație pe care Freud o citează în *Introduction à la psychanalyse*<sup>3</sup>: o femeie în jur de cincizeci de ani își bănuiește soțul că o înșală cu o tină care-i este secretară. Situație și sentimente de o extremă banalitate. Totuși, această gelozie are rezonanțe singulare: ea a fost provocată de o scrisoare anonimă; i se cunoaște autorul, care nu a acționat decât din răzbunare, și care nu a invocat decât fapte inexacte; subiectul știe toate acestea, recunoaște de bunăvoie nedreptatea reproșurilor față de soțul său, vorbește spontan despre dragostea pe care el i-a purtat-o întotdeauna. Și, cu toate

<sup>1</sup> În *Ma vie et la psychanalyse*, Freud citează influența lui Darwin asupra primei orientări a gândirii sale.

<sup>2</sup> Nu vom vorbi decât pe scurt despre teoria psihanalitică ce trebuie să fie expusă în ansamblu de Doamna Boutonier într-o lucrare din aceeași colecție.

<sup>3</sup> *Introduction à la psychanalyse*, p. 270.

acestea, gelozia nu se risipește ; cu cît faptele proclamă mai mult fidelitatea soțului, cu atît mai mult i se întăresc bănuielile ; în mod paradoxal, gelozia ei s-a cristalizat în jurul certitudinii de-a nu fi mințită. Atunci cînd gelozia morbidă, în forma sa clasică de paranoia, este convingere de nezdruccinat, care își va căuta justificarea în formele extreme ale raționamentului, avem, în această observație a lui Freud, exemplul unei gelozii impulsive, ce își contestă neîncetat temeiul, care încearcă, în fiecare moment, să se nege și să trăiască plină de remușcări ; este aici un caz foarte curios (și relativ rar) de gelozie obsesională.

La analiză se descoperă că femeia aceasta este îndrăgostită de ginerele ei ; dar trăiește astfel de sentimente de vinovăție încît nu poate suporta o asemenea dorință și transferă asupra soțului greșeala de a iubi o persoană mult mai tină. O investigație mai profundă arată, de altminteri, că atașamentul acesta față de ginere este, el însuși, ambivalent, și că ascunde o ostilitate plină de gelozie, în care ținta rivalității e fiica bolnavei : în miezul fenomenului morbid se găsește, deci, o fixație homosexuală asupra fiicei.

Metamorfoze, simbolisme, transformări ale sentimentelor în contrariul lor, travestiri de personaje, transfer de vinovăție, răsturnarea unei remușcări în acuzare, iată un întreg ansamblu de procese care se relevă ca niște trăsături ale fabulației copilărești. Am putea apropia cu ușurință această proiecție plină de gelozie de proiecția descrisă de M. Wallon, în *Origines du caractère*<sup>1</sup> : el citează, după Elsa Köhler, exemplul unei fete de trei ani care își palmuiește mica prietenă și, scăldată în lacrimi, aleargă la guvernanta pentru a fi consolată că a fost bătută. La acest copil, ca și la bolnava despre care vorbeam, se regăsesc aceleași structuri de comportament : incapacitatea de diferențiere a conștiinței de sine împiedică distincția

<sup>1</sup> *Les origines du caractère chez l'enfant*, p. 217.

dintre acțiune și suferință (a bate – a fi bătut ; a minți – a fi mințit) ; ambivalența sentimentelor permite, pe de altă parte, un fel de reversibilitate între agresiune și vinovăție. Într-un caz, ca și în celălalt, regăsim aceleași trăsături ale arhaismului psihologic : fluiditate a comportamentelor afective, labilitate a structurii personale în cadrul opoziție eu – celălalt. Dar nu e vorba să confirmăm încă o dată aspectul regresiv al bolii.

Ceea ce este important aici e faptul că regresia această are, la pacienta lui Freud, un sens bine precizat : pentru ea e vorba să fugă de un sentiment de culpabilitate ; se sustrage remușcării de a-și iubi prea mult fiica, constrângându-se la a-și iubi ginerele ; și ea scapă de vinovăția pe care o generează acest nou atașament, transferînd asupra soțului, printr-un soi de proiecție-n oglindă, o dragoste paralelă ca a sa. Procedeele infantile de metamorfoză a realului au, deci, o utilitate : ele constituie o fugă, o manieră ieftină de-a acționa asupra realității, un mod mitic de transformare a sinelui și a celorlalți. Regresia nu e o cădere firească în trecut ; ea este o fugă intenționată în afara prezentului. Mai degrabă un refugiu decît o înapoiere. Dar nu putem să scăpăm de prezent decît înlocuindu-l cu altceva, iar trecutul ce apare în comportamentele patologice nu e pămîntul originar pe care se revine ca la o patrie pierdută, este trecutul artificial și imaginar al substituirilor.

– Cînd o substituție a formelor de comportament : cele adulte, dezvoltate și obișnuite sînt puse-n umbră de purtările infantile, simple și nepotrivite. La fel ca și la faimoasa pacientă a lui Janet : la gîndul că tatăl ei ar putea să se îmbolnăvească, ea prezintă formele paroxistice ale emoției puerile (criză, explozie motrice, prăbușire), pentru că refuză purtarea normală, care ar fi să-l îngrijească, să prevadă mijloacele unei vindecări lente, să organizeze pentru ea însăși o existență de infirmieră ;

– Când o substituție a obiectelor înseși : subiectul substituie formelor vii ale realității temele imaginare ale primelor sale fantasme ; iar lumea pare a se deschide asupra unor lucruri arhaice, personajele reale pălesc în fața fantomelor strămoșești ; ca și acei fobici ce se izbesc, în pragul fiecărei atitudini, de aceleași spaime amenințătoare ; personajul mutilator al tatălui sau mama captivă se profilează sub forma stereotipă a animalului terifiant, în spatele fondului difuz al angoasei ce copleşte conștiința.

Tot acest proces de transformări și repetiții arată că, la bolnavi, trecutul nu este invocat decît pentru a se substitui situațiilor prezente și că nu este împlinit decît în măsura în care e vorba să se îplinească prezentul.

\*  
\*      \*

Dar ce rost are repetarea unei crize de angoasă? Ce sens are regăsirea fantasmelor terifiante ale copilăriei, substituirea formelor actuale de activitate cu tulburările majore ale unei afectivități încă prost reglate? De ce să se evite prezentul, dacă aceasta e pentru a regăsi tipuri de comportamente dezadaptate?

Inerție patologică a comportamentelor? Manifestare a unui principiu de repetare pe care Freud îl extrapolează în realitatea biologică a unui paradoxal „instinct al morții“, ce tinde spre imobil, spre identic, spre monoton, spre anorganic, la fel cum instinctul vieții tinde către mobilitatea mereu nouă a ierarhiilor organice? Fără îndoială, se dă astfel faptelor un nume ce, îmbinîndu-le, respinge orice formă de explicație. Există, însă, în studiul lui Freud și al psihanalizei, lucruri care să explice această nerealizare a prezentului altfel decît prin repetarea, pur și simplu, a trecutului.

Freud însuși a avut ocazia să analizeze un simptom în formare. Era vorba de un băiețel de patru ani, micuțul Hans<sup>1</sup>, care manifesta o teamă fobică față de cai. Frică ambiguă, pentru că el căuta toate ocaziile de a-i vedea și fugea la fereastră de cum auzea o căruță ; dar, terorizat, el făcea crize de spaimă îndată ce zărea calul pe care venise să-l vadă. Mai mult, frică paradoxală, pentru că se temea, concómitent, să nu-l muște calul și ca animalul, căzînd, să nu se rănească. Dorea sau nu să vadă cai? Se temea pentru el sau pentru ei? Toate-n același timp, fără îndoială. Analiza așază copilul în punctul nodal al tuturor situațiilor oedipiene : de bunăvoie, tatăl a încercat să prevină la acesta o fixație prea puternică făcută asupra mamei ; dar atașamentul față de mamă nu a devenit decît și mai violent, exacerbât, în plus, de nașterea unei surori mai mici, astfel încît tatăl a fost întotdeauna pentru micul Hans un obstacol între el și mamă. Tocmai în acest moment se formează sindromul. Simbolismul cel mai elementar al materialului oniric permite să se ghicească, în imaginea calului, un substitut al imaginii („imago“) paterne ; și în ambiguitatea spaimelor copilului e ușor de recunoscut dorința morții tatălui. Simptomul morbid este, de o manieră imediată, satisfacerea unei dorințe ; această moarte, pe care nu conștientizează că o dorește pentru tatăl său, copilul o trăiește la modul imaginar al morții unui cal.

Dar acest simbol, și aici e punctul important, nu constituie doar expresia mitică și figurativă a realității ; el joacă un rol funcțional, în raport cu această realitate. Fără îndoială, frica de a fi mușcat de cal este o expresie a spaimei de castrare : ea simbolizează interdicția paternă față de toate activitățile sexuale. Dar această teamă de a fi rănit e dublată de obsesia conform căreia calul însuși ar putea să cadă, să se rănească și să moară : ca și cînd copilul se pune la

---

<sup>1</sup> Cinq psychanalyses.

adăpost față de propria frică prin dorința de a-și vedea părintele murind și astfel obstacolul, care-l separă de mama sa, să cadă. Or, această dorință distrugătoare nu apare imediat ca atare în fantasma fobică : ea nu e prezentă aici decît sub forma deghizată a unei frici ; copilul se teme atît de moartea calului, cît și de propria rană. El se opune dorinței sale de moarte și respinge această vinovăție, trăind-o la modul unei terori echivalente fricii pe care o încearcă pentru sine ; el se teme pentru tatăl său de ceea ce se teme pentru el însuși ; dar tatăl său nu are să se teamă decît de ceea ce lui îi e frică să dorească împotriva-i. Vedem, deci, că valoarea expresivă a sindromului nu este imediată, dar că ea se constituie prin intermediul unei serii de mecanisme de apărare. Două dintre ele au funcționat în acest caz de fobie : primul a transformat frica pentru sine însuși în dorință ucigașă contra celui ce suscită spaima ; al doilea a transformat această dorință în frică de-a o vedea împlinindu-se.

Plecînd de la acest exemplu putem, deci, să spunem că avantajul găsit de bolnav în neîmplinirea prezentului în boala sa are ca origine nevoia de-a se apăra împotriva acestui prezent. Boala are ca esență ansamblul reacțiilor de sustragere și de apărare prin intermediul cărora bolnavul reacționează la situația în care se găsește ; și, pornind de la acest prezent, de la situația actuală, trebuie să se înțeleagă și să se dea sens regresiiilor evolutive ce apar în comportamentele patologice ; regresia nu constituie numai o virtualitate a evoluției, ea este o consecință a istoriei.

Această noțiune de apărare psihologică e capitală. În jurul ei s-a încheșat întreaga psihanaliză. Investigare a inconștientului, căutare a traumatismelor din copilărie, eliberare de un libido presupus a se afla în spatele tuturor fenomenelor vieții afective, dezvăluirea impulsurilor mitice, precum instinctul morții – psihanaliza n-a fost decît toate acestea, vreme îndelungată ; ea tinde, din ce în ce, să-și orienteze cercetarea către mecanismele de apărare și să admită, în

final, că subiectul nu-și reproduce istoria decât pentru că răspunde unei situații prezente. Anna Freud a făcut un inventar al acestor mecanisme de apărare<sup>1</sup>: dincolo de sublimare, considerată ca o purtare normală, ea găsește nouă procedee prin care bolnavul se apără și care, prin combinațiile lor, definesc diferitele tipuri de nevroze: refularea, regresia, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, proiecția, introiecția, întoarcerea împotriva sinelui, transformarea în opusul său.

– Istericul uzează îndeosebi de refulare; el sustrage conștientului toate reprezentările sexuale; el întrerupe, ca măsură de protecție, continuitatea psihologică, și în aceste „sincope psihice” se ivesc inconștientul, uitarea, indiferența ce constituie aparenta „bună dispoziție” a istericului; el distruge, astfel, unitatea corpului pentru a-i șterge toate simbolurile și toate substitutele sexualității: de unde anesteziile și paraliziiile pitiatice;

– Din contră, obsesivul se apără mai ales prin „izolare”; el separă emoția conflictuală de contextul său; îi atribuie simboluri și expresii fără vreo legătură aparentă cu conținutul ei real; iar forțele aflate în conflict fac să survină, pe neașteptate, comportamente impulsive, rigide și absurde, în cadrul unei conduite adaptate: dovadă aceea bolnavă a lui Freud<sup>2</sup>, care, fără să știe pentru ce, fără să se poată justifica singură, prin nici un sentiment de precauție sau avarie, nu reușea să se abțină să noteze toate numerele de bancnote ce-i treceau prin mâini. Însă atitudinea, absurdă-n insolitul ei, avea sens dacă o reasezai în contextul ei afectiv: ea se făcea ecoul dorinței bolnavei de a se asigura de dragostea unui bărbat, încredințându-i, drept gaj, o monedă; dar toate monezile se aseamănă...; dacă, cel puțin, i-ar fi dat o bancnotă pe care să o fi

<sup>1</sup> ANNA FREUD, *Le moi et les mécanismes de défense*, p. 39.

<sup>2</sup> *Introduction à la psychanalyse*, p. 286.

putut recunoaște după număr... Iar ea se apăraseră de această iubire pe care o socotea vinovată, izolind comportarea de justificările sale sentimentale ;

– Delirînd, în același timp persecutat și persecutor, denunțînd în sufletul celorlalți propriile dorințe și dușmăanii, iubind ceea ce vrea să distrugă, identificîndu-se ce ceea ce urăște, paranoicul se caracterizează mai cu seamă prin mecanismele de proiecție, de introiecție și de răstălmăcire. Freud a indicat primul<sup>1</sup>, în gelozia paranoică, ansamblul acestor procese. Cînd paranoicul reproșează partenerului său că l-a mințit, atunci cînd organizează în jurul acestei infidelități un întreg ansamblu de interpretări, el nu face altceva decît să-i reproșeze celuiilalt ceea ce-și reproșează sieși ; dacă-și acuză amanta că-l înșală cu un prieten e pentru că, în mod cert, el însuși încearcă exact aceeași dorință ; el rezistă acelei tentații homosexuale transformînd-o în raport heterosexual, și proiectînd-o asupra celuiilalt, sub forma unui reproș de infidelitate. Dar, printr-o proiecție simetrică, ce are și ea semnificația unei justificări și a unui catharsis, el va acuza de dorință homosexuală tocmai pe acela pe care-l dorește și, printr-o răsturnare de afect, se va grozăvi cu o ură mitică ce justifică, în ochii săi, insistențele rivalului. Nu sînt eu cel care te înșală ; tu ești cel care mă trădezi ; nu sînt eu cel care-l iubește, el este cel ce mă dorește și mă urmărește ; eu nu am pentru el dragoste, ci numai ură : acestea sînt mecanismele prin care un paranoic, apărîndu-se contra homosexualității sale, creează un delir de gelozie.

Iterația patologică a trecutului are, deci, acum un sens ; nu este dimensiunea unui „instinct al morții“ care-l impune ; regresia face parte din acele mecanisme de apărare, sau, mai degrabă, ea constituie refugiul în ansamblurile de protecție deja stabilite. Forma iterativă

<sup>1</sup> *Cinq psychanalyses* : „Le Président Schreber“, p. 301.

a patologicului nu este decît secundară, în raport cu semnificația sa defensivă.

\*

\*

\*

Rămîne problema esențială : împotriva cui se apără bolnavul atunci cînd, copil, stabilește forme de protecție pe care le va reactualiza prin repetările nevrotice din viața sa adultă? Ce reprezintă acel pericol permanent care, apărut la începutul vieții sale psihologice, se va extinde constant asupra universului propriu, amenințare cu o mie de fețe a unui pericol rămas identic?

Și aici analiza unui simptom poate să ne servească drept fir director. O fetiță de circa zece ani săvîrșește o pungășie<sup>1</sup> : ea șterpelește un baton de ciocolată sub ochii vînzătoarei ce o dojenește și o amenință să povestească întîmplarea mamei. Furt pe care forma sa impulsivă și neobișnuită îl desemnează îndată ca nevrotic. Istoria subiectului arată cu claritate că simptomul acesta se află la punctul de convergență a două comportamente : dorința de a recăpăta afecțiunea maternă ce îi este refuzată și al cărei simbol e aici, precum cel mai adesea, obiectul alimentar ; și, pe de altă parte, ansamblul reacțiilor de vinovăție ce însoțesc efortul agresiv pentru a capta această afecțiune. Între cele două atitudini, simptomul va apărea ca un compromis ; copilul va da frîu liber nevoilor sale de afecțiune comițînd pungășia, dar își va elibera tendințele de vinovăție, săvîrșind-o într-o asemenea manieră încît să fie surprinsă. Comportamentul furtului stîngaci se relevă ca o abilitate de conduită ; grosolănia sa e o viclenie : compromis între două tendințe contradictorii, este o manieră de-a domina un conflict. Mecanismul

---

<sup>1</sup> A. FREUD, *Le traitement psychanalytique des enfants*.

patologic e, deci, protecție împotriva unui conflict, rezistență în fața contradicției pe care o suscită.

Dar nu orice conflict declanșează o reacție morbidă și tensiunea pe care o generează nu e neapărat patologică ; ea este mai degrabă trama întregii vieți psihologice. Conflictul pe care îl dezvăluie compromisul nevrotic nu e simplă contradicție externă într-o situație obiectivă ; ci contradicție iminentă, în care termenii se îmbină în așa fel încît compromisul, departe de-a fi o soluție, este, în ultimă instanță, o aprofundare a conflictului. Cînd un copil fură ca să recupereze afecțiunea pierdută și își liniștește scrupulele lăsîndu-se surprins, e limpede că rezultatul gestului său, aducînd pedeapsa dorită, îi va retrage, încă o dată, afecțiunea pe care o regretă, îi va amplifica dorințele captative pe care le simbolizează furtul său și le satisface un moment, va spori, în consecință, sentimentele de vinovăție. Experiența frustrării și reacția de vinovăție sînt astfel legate, nu ca două forme de comportament divergent care să divizeze atitudinea, ci ca o unitate contradictorie ce definește dubla polaritate a uneia și aceleiași conduite. Contradicția patologică nu este conflictul normal : acesta sfișie din afară viața afectivă a subiectului ; declanșează atitudini opuse, îl face să oscileze ; provoacă acțiuni, apoi stîrnește remușcarea ; poate să exalte contradicția pînă la incoerență. Dar incoerența normală e, cu toată strictețea, diferită de absurditatea patologică. Ea e animată din interior de contradicție ; coerența gelosului în a-și convinge partenera de infidelitate este perfectă ; perfectă e și coerența obsedatului în precauțiile pe care și le ia. Această coerență, însă, e absurdă pentru că, dezvoltîndu-se, adîncește contradicția pe care dorește să o înfrîngă ; cînd una dintre pacientele lui Freud înlătură din camera sa, dintr-o îngrijorare obsesională, toate pendulele și toate ceasurile ale căror tic-tac-uri ar putea să-i tulbure somnul, ea se apără-n același timp împotriva dorințelor sale sexuale și le satisface într-o manieră mitică : ea

îndepărtează toate simbolurile sexualității, dar și pe cele ale armoniei fiziologice ce ar putea să conturbe maternitatea pe care o dorește : în același timp în care-și satisface dorințele la modul magic, își înmulțește, realmente, sentimentele de vinovăție<sup>1</sup>. Acolo unde individul normal trăiește experiența contradicției, bolnavul trăiește o experiență contradictorie ; experiența unuia se deschide spre contradicție, a celuilalt se închide peste ea. În alți termeni : conflict normal sau ambiguitate a situației ; conflict patologic ori ambivalență a experienței<sup>2</sup>.

Așa cum frica este o reacție la amenințarea exterioară, angosta e dimensiunea afectivă a acestei contradicții interne. Dezorganizare totală a vieții afective, ea reprezintă expresia majoră a ambivalenței, forma în care se desăvârșește întrucit e experiența vertiginoasă a contradicției simultane, dovada unei dorințe identice de viață și de moarte, de iubire și de ură, apoteoza sensibilă a contradicției psihologice : angostă a copilului care descoperă prin mușcătură că erotismul absorbției este încărcat de agresivitate distructivă, angostă a melancolicului care, pentru a smulge morții obiectul dorit, se identifică cu el, devine ceea ce a fost, dar sfârșește prin a se implica el însuși în moartea celuilalt ; și nu poate să-l rețină în propria viață decât regăsindu-l în moarte. O dată cu angosta ne aflăm în miezul semnificațiilor patologice. Sub toate mecanismele de protecție care singularizează boala, se dezvăluie angosta și fiecare tip de boală definește o manieră specifică de a reacționa la aceasta : istericul își refuză angosta și o radiază treptat, încarnînd-o într-un simptom corporal ; obsedatul ritualizează, în jurul unui simbol, atitudini ce-i permit să satisfacă cele două laturi ale ambivalenței sale ; cît despre

<sup>1</sup> *Introduction à la psychanalyse*, p. 287.

<sup>2</sup> Tocmai această unitate contradictorie a conduitei și a vieții afective o denumim, după Bleuler, „ambivalență”.

paranoic, el se justifică mitic, atribuind altora, prin proiecție, toate sentimentele ce conțin în ele propriile contradicții ; repartizează asupra semenului elementele ambivalenței sale și își maschează angoasa sub formele agresivității. Și angoasa este, ca mărturie psihologică a contradicției interioare, cea care servește de numitor comun și dă o semnificație unică devenirii psihologice a unui individ : ea a fost dovedită, pentru prima dată, în contradicțiile din timpul copilăriei și în ambivalența pe care ele o suscită ; iar în puseul său latent, mecanismele de apărare s-au manifestat repetind, pe parcursul unei vieți, ritualurile lor, precauțiile, manevrele lor rigide îndată ce angoasa amenință să reapară.

Putem, deci, să spunem într-un sens că, prin angoasă, evoluția psihologică se transformă în istorie individuală ; într-adevăr, angoasa e cea care, unind trecutul cu prezentul, le situează unul în raport cu celălalt și le conferă o comunitate de sensuri ; comportamentul patologic ne păruse a avea, în mod paradoxal, un conținut arhaic și o inserție semnificativă în prezent ; prezentul, pe punctul de a suscita ambivalența și angoasa, provoacă funcționarea protecției nevrotice ; dar această angoasă amenințătoare și mecanismele ce o îndepărtează au fost de multă vreme fixate în istoria subiectului. Așadar, boala se desfășoară în maniera unui cerc vicios : bolnavul, prin mecanismele sale actuale de apărare, se protejează împotriva unui trecut a cărui prezență secretă face să apară angoasa ; dar, pe de altă parte, subiectul se pune la adăpost împotriva eventualității unei angoase actuale, apelând la măsuri demult instaurate în situații similare. Bolnavul se înarmează cu prezentul împotriva trecutului ori se protejează de prezent cu ajutorul unei istorii trecute? Fără îndoială, trebuie să spunem că în acest cerc se află esența comportamentelor patologice ; dacă bolnavul este suferind, e în măsura în care legătura prezentului cu trecutul nu se face în stilul unei integrări progresive. Cu siguranță, orice individ a trăit angoasa

și a instituit comportamente de apărare ; dar bolnavul își trăiește angoasa și mecanismele de apărare într-o circularitate ce-l face să i se opună prin mecanismele care sînt legate istoric de aceasta ; e motivul pentru care o amplifică și mai mult și amenință, neîncetat, să-l readucă la lumină. Prin opoziție cu istoria individului normal, această monotonie circulară e caracteristica istoriei patologice.

\*

\*       \*

Psihologia evoluției, care descrie simptomele ca și comportamentele arhaice, trebuie, deci, să fie completată de o psihologie a genezei ce descrie, într-o istorie, semnificația actuală a acestor regresii. Trebuie să se găsească un stil de coerență psihologică ce autorizează inteligibilitatea fenomenelor morbide, fără să ia drept model de referință stadiile descrise ca faze biologice. Trebuie să se afle punctul esențial al semnificațiilor psihologice cu începere de la care, istoricește, se ordonează comportamentele morbide.

Or, acest punct către care converg semnificațiile, tocmai am văzut, este angoasa. Istoria psihologică a bolnavului se constituie ca un ansamblu de comportamente semnificative, ce instituie mecanisme de apărare împotriva ambivalenței contradicțiilor afective. Dar, în istoria psihologică, statutul angoasei e ambiguu : o regăsim sub trama tuturor episoadelor patologice ale unui subiect ; ea le marchează neîncetat ; dar tocmai pentru că era prezentă, aceste episoade s-au succedat, ca tot atâtea tentative de-a se elibera de ea ; dacă le însoțește e deoarece le-a precedat. Pentru ce un anumit individ nu întâlnește, într-o situație, decît un conflict ușor de învins, iar un altul o contradicție în care se zăvorăște la modul patologic? Pentru ce, aceeași ambiguitate oedipiană va fi depășită de către unul, în timp ce, la celălalt, va declanșa lunga suită a mecanismelor

patologice? Există acolo o formă de necesitate pe care istoria individuală o dezvăluie ca pe o problemă, dar nu reușește să o justifice. Pentru ca o contradicție să fie trăită la modul anxios al ambivalenței, pentru ca, apropo de un conflict, un subiect să se închidă în circularitatea mecanismelor patologice de apărare, a trebuit ca angoasa să fie deja prezentă, ceea ce a transformat ambiguitatea unei situații în ambivalență a reacțiilor. Dacă angoasa cuprinde viața unui individ, se datorează faptului că ea este principiul și fundamentul său; de la început, ea definește un anumit fel de experiență ce marchează traumatismele, mecanismele psihologice pe care le declanșează, formele de repetiție pe care la ia pe durata episoadelor patologice: ea este ca și un *a priori* al existenței.

Analiza evoluției determina boala ca pe o virtualitate; istoria individuală permite să o înfățișăm ca pe un fapt al devenirii psihologice. Dar acum trebuie să o înțelegem în necesitatea sa existențială.



## Capitolul IV

### BOALA ȘI EXISTENȚA

Analiza mecanismelor bolii încetează în prezența unei realități care le depășește și le alcătuiește în natura lor patologică ; oricât de departe a fost împinsă, ea ne invită să vedem în angoasă elementul morbid ultim, precum și nucleul bolii. Dar pentru a o înțelege, se impune un nou stil de analiză : formă de experiență ce-și depășește propriile manifestări, angoasa nu poate niciodată să fie minimalizată printr-o analiză de tip naturalist ; ancorată în inima istoriei individuale, pentru a-i da, în evenimentele sale, o semnificație unică, ea nu poate nici să fie epuizată printr-o analiză de tip istoric, însă istoria și natura umană nu pot fi înțelese decît raportîndu-se la ea.

Trebuie acum să ne stabilim în centrul acestei experiențe ; doar înțelegînd-o din interior va fi posibil să se plaseze în loc, în cadrul universului morbid, structurile naturale, constituite prin evoluție, și mecanismele individuale, cristalizate prin istoria psihologică. Metodă ce niciodată nu trebuie să împrumute nimic de la „Naturwissenschaften“, de la analizele lor discursive, de la cauzalitatea lor mecanicistă ; metodă ce nu va trebui niciodată să se întoarcă înspre istoria biografică, cu descrierea sa de înlănțuiri succesive și determinismul său în serie. Metodă care, dimpotrivă, trebuie să înțeleagă ansamblurile ca pe niște totalități ale căror elemente nu pot fi disociate, oricât de dispersate ar fi în istorie. Nu mai e suficient să spunem că teama copilului este cauza fobiilor ivite la adolescent, ci trebuie să se regăsească, în această frică originară și în aceste

simptome morbide, același tip de angoasă ce le conferă unitatea lor semnificativă. Logica discursivă nu are ce căuta aici : ea se pierde în confuzia delirului și se epuizează în urmărirea raționamentelor paranoicului. Intuiția merge mai repede și mai departe, când ajunge să redea experiența fundamentală ce domină toate procesele patologice (de exemplu, în paranoia, alterarea radicală a raportului cu semenul). În același timp în care-și etalează, la o singură privire, totalitățile esențiale, intuiția reduce, pînă la epuizare, această distanță din care e făcută întreaga cunoaștere obiectivă : analiza naturalistă înfățișează bolnavul cu distanțarea convenită față de un lucru natural ; reflexia istorică îl menține în acea alteritate ce permite să se explice, dar, arareori, să se înțeleagă. Intuiția, tresăltînd în interiorul conștiinței morbide, încearcă să vadă universul patologic cu ochii bolnavului însuși : adevărul pe care-l caută nu este de ordinul obiectivității, ci de al intersubiectivității.

În măsura în care a înțelege vrea să însemne, în același timp, a pune în ordine, a sesiza dintr-o dată și a descoperi, această nouă reflexie asupra bolii e, înainte de toate, „comprehensiune“ : este acea metodă pe care a practicat-o psihologia fenomenologică.

Dar e posibil să se înțeleagă totul? Specificul maladiei mentale, în opoziție cu comportamentul normal, nu e tocmai de a putea să fie explicată, ci să reziste la orice comprehensiune. Gelozia, oare, nu este normală atunci cînd îi înțelegem chiar și exagerările și nu este morbidă atunci cînd „nu îi mai înțelegem“ reacțiile, fie și cele mai elementare? Îi revine lui Jaspers<sup>1</sup> meritul de-a fi arătat că inteligibilitatea poate să se întindă cu mult dincolo de frontierele normalului și că înțelegerea intersubiectivă poate să atingă universul patologic în esența sa.

<sup>1</sup> K. JASPERS, *Psychopathologie générale*.

Fără îndoială, există forme care sînt încă, și vor rămîne, opace la înțelegerea fenomenologică. Acestea sînt derivații direcți ai proceselor a căror mișcare însăși este străină conștiinței normale, ca erupțiile, în conștiință, ale imaginilor provocate de intoxicații, ori precum acei „meteori psihici” ce nu se pot explica decît printr-o întrerupere a tempo-ului conștiinței, prin ceea ce Jaspers numește o „ataxie psihică”; în fine, sînt acele impresii ce par împrumutate de la o materie sensibilă, totalmente străină de sfera noastră : sentiment al unei influențe care pătrunde pînă-n interiorul gîndirii, impresie de-a fi traversat de cîmpuri de forță, în același timp materiale și misterior invizibile, experiență a unei transformări aberante a corpului.

Dar, dincolo de aceste limite îndepărtate ale înțelegerii, cu începere de la care se deschide universul străin și mort, pentru noi, al absurdului, universul morbid rămîne ușor de pătruns. Și, prin această inteligibilitate, e vorba de a reda, totodată, experiența pe care bolnavul o dobîndește despre boala sa (maniera în care el își duce viața ca individ bolnav, sau anormal, sau suferind), și universul morbid asupra căruia se deschide această conștiință a bolii, lumea pe care o vizează și, în același timp, o constituie. Înțelegere a conștiinței bolnave și reconstituire a universului său patologic, acestea sînt cele două dimensiuni ale unei fenomenologii a maladiei mentale.

\*

\*

\*

Conștiința pe care bolnavul o are despre propria-i boală e perfect originală. Nimic nu este mai fals, fără îndoială, decît mitul nebuniei, boală ce se ignoră ; distanța ce separă conștiința medicului de aceea a bolnavului nu e măsurată prin distanța ce separă știința bolii și

neștiința sa. Medicul nu este partea sănătății care deține toate cunoștințele asupra bolii, iar bolnavul nu este partea bolii care ignoră orice cu privire la ea însăși, pînă și propria-i existență. Bolnavul își recunoaște anomalia și îi dă, cel puțin, semnificația unei diferențe ireductibile, ce-l separă de conștiința și de universul celorlalți. Dar bolnavul, oricît de lucid ar fi, nu are asupra bolii perspectiva medicului; el nu adoptă niciodată acea distanță speculativă care i-ar permite să sesizeze boala ca pe un proces obiectiv, desfășurîndu-se independent de sine; conștiința bolii e cuprinsă în interiorul afecțiunii; ea e ancorată într-însa și, în momentul în care o percepe, o exprimă. Modul în care un subiect își acceptă sau își respinge boala, felul în care o interpretează și conferă semnificație formelor sale cele mai absurde, toate acestea constituie una dintre dimensiunile esențiale ale bolii. Nici scufundare înconștientă în procesul morbid, nici conștiință lucidă, dezinserată și obiectivă a acestui proces, ci recunoaștere aluzivă, percepție difuză a unui decor morbid, pe fondul căruia se detașează semnele patologice, astfel e această conștiință ambiguă ale cărei variații trebuie analizate de reflexia fenomenologică<sup>1</sup>.

1) Boala poate fi percepută cu un statut de obiectivitate ce o plasează la o distanță maximă de conștiința bolnavă. În efortul său de a o înfrîna și de-a nu se recunoaște în ea, bolnavul îi conferă semnificația unui proces accidental și organic. Bolnavul își menține afecțiunea în limitele corpului său: omițînd sau negînd orice transformare a experienței psihologice, el nu dă importanță și, în cele din urmă, nu percepe și nu tematizează decît materialitatea organică a experienței sale. Departe de a-și ascunde boala, o etalează, dar numai în formele ei fiziologice; iar în obiectivitatea pe care

---

<sup>1</sup> Tocmai din această perspectivă WYRSCH a studiat schizofrenia (*Die Person des Schizophrenen*).

bolnavul o atribuie simptomelor sale, medicul e îndreptățit să vadă manifestarea unor tulburări subiective. Este tocmai acea supremație a proceselor organice, în câmpul de conștiință al bolnavului și în felul în care el se teme de boala sa, care constituie gama simptomelor isterice (paralizii ori anestezii psihogene), a simptomelor psiho-somatice sau, în fine, a grijilor ipohondre, ipostază întîlnită atît de des în psihastenii sau în anumite forme de schizofrenie. La fel ca și elementele maladiei, aceste forme organice sau pseudoorganice sînt pentru subiect moduri de aprehensiune ale propriei boli.

2) În cea mai mare parte a tulburărilor obsesionale, în numeroase cazuri de paranoia și în anumite schizofrenii, bolnavul recunoaște că procesul morbid face corp comun cu personalitatea sa. Însă într-o manieră paradoxală : el regăsește-n istoria sa, în conflictele cu anturajul, în contradicțiile din situația sa actuală, premisele bolii ; el îi descrie geneza ; dar, în același timp, vede în debutul maladiei explozia unei existențe noi ce-i modifică profund sensul vieții, cu riscul de-a o primejdui. Dovadă, acei geloși ce-și justifică suspiciunea, interpretările, sistematizările delirante printr-o geneză minuțioasă a bănuielilor personale și care par să-și atenueze simptomele de-a lungul întregii lor existențe ; dar ei recunosc că, începînd cu o anumită aventură sau cu un anumit salt al pasiunii, existența le e transformată în întregime, că viața le este otrăvită și că nu o mai pot suporta. Ei văd în gelozia lor morbidă cel mai adînc adevăr al existenței și, totodată, cea mai radicală nenorocire. O normalizează, raportînd-o la întreaga lor viață anterioară ; dar se detașează, izolînd-o ca pe o răvășire brutală. Ei își percep boala ca pe un destin ; ea nu pune capăt vieții lor decît zdrobind-o.

3) Această unitate paradoxală nu poate fi menținută întotdeauna : elementele morbide se detașează atunci de contextul lor normal și, repliindu-se asupra lor înșile, alcătuiesc o lume autonomă. Lume ce are, pentru bolnav, numeroase semne de obiectivitate : ea e

determinată de forțe exterioare pe care misterul le face să scape oricărei investigații, ea se impune evidenței, rezistă la efort. Halucinațiile în care abundă îi dau bogăția sensibilă a realului ; delirul ce-i îmbină elementele îi asigură o coerență cvasiobiectivitate ; Conștiința bolii, însă, nu se umbrește în această cvasiobiectivitate ; ea rămâne prezentă, cel puțin într-o manieră marginală : acel univers de elemente halucinatorii și de deliruri încheiate nu face decât să se juxtapună lumii reale. Bolnavul nu confundă niciodată glasul medicului cu vocile halucinatorii ale persecutorilor săi, chiar dacă, pentru el, însuși medicul nu e decât un persecutor. Delirul cel mai acut nu pare bolnavului decât, cel mult, la fel de real ca și realitatea însăși ; și în acest joc a două realități, în această ambiguitate teatrală, conștiința bolii se relevă drept conștiință a unei alte realități.

Bolnavul e gata să recunoască o asemenea opoziție față de universul real sau, mai degrabă, ireductibila juxtapunere a acestor două lumi reale : un bolnav suferind de halucinații își întreabă interlocutorul dacă nu aude, ca și el, vocile ce îl hărțuiesc ; el îl somează să abdice în fața acestei evidențe sensibile ; dar dacă i se opune o negație ori o ignorare masivă a faptelor pe care le invocă, el se acomodează destul de bine și declară că, în aceste condiții, e singurul care le aude. Pentru el, această singularitate a experienței nu anulează certitudinea ce o însoțește, dar recunoaște acceptând, chiar afirmând, caracterul ciudat, dureros de singular al universului său ; admitând două lumi, adaptându-se celei dintâi, ca și celei de a doua, el manifestă, în planul din spatele propriei conduite, o conștiință specifică a bolii sale.

4) În fine, în formele ultime de schizofrenie și în stările de demență, bolnavul e absorbit de universul maladiei sale. El sesizează, totuși, universul pe care l-a abandonat ca pe o realitate îndepărtată și voalată. Într-un asemenea peisaj crepuscular, unde experiențele cele mai palpabile – evenimentele, cuvintele, anturajul – iau o formă

fantomatică, se pare că bolnavul mai păstrează un sentiment oceanic al propriei boli. Scufundat în universul morbid, el are sentimentul realității ; și, pe cît putem să presupunem, după relatarea bolnavilor vindecați, impresia rămîne întotdeauna prezentă în conștiința individului, anume că realitatea nu e sesizată decît travestită, caricaturizată și metamorfozată, în sensul strict al termenului, ca în vis. Doamna Séchehay, care a îngrijit și vindecat o tînră schizofrenică, a adunat impresiile pe care bolnava le-a trăit de-a lungul episodului patologic : „S-ar putea spune, povestea, că percepția mea asupra lumii mă făcea să simt, într-o manieră mai intensă, bizareria lucrurilor. În liniște și în imensitate, fiecare obiect se tăia cu cuțitul, detașat în vid, în nelimitat, separat de celelalte lucruri. Fiind el însuși, fără legătură cu anturajul, începea să existe... Mă simțeam izgonită din lume, în afara vieții, spectatoare a unui film haotic ce se derula fără întrerupere în fața ochilor mei, și la care nu ajungeam să particip“. Și, ceva mai încolo, adăuga : „Oamenii îmi apar ca într-un vis ; eu nu mai ajung să le disting caracterul particular“<sup>1</sup>. Conștiința bolii nu mai este atunci decît o imensă suferință morală în fața unei lumi recunoscute ca atare prin referirea implicită la o realitate devenită inaccesibilă.

Maladia, oricare ar fi formele sale și stadiile de întunecare pe care le comportă, implică, întotdeauna, o conștiință a bolii ; universul morbid nu este niciodată un absolut în care s-ar abolii toate referirile la normal ; dimpotrivă, conștiința bolnavă se manifestă întotdeauna pentru ea însăși, cu o dublă referire, fie la normal și patologic, fie la familiar și la straniu, fie la singular și la universal, fie, în sfîrșit, la veghe și la oniric.

<sup>1</sup> SÉCHEHAYE, *Journal d'une schizophrène*, pp. 50 și 56.

\*

\*

\*

Dar această conștiință bolnavă nu se limitează la conștientizarea bolii sale ; ea se adresează, de asemenea, unui univers patologic, ale cărui structuri ar trebui acum studiate, completînd astfel analiza noetică cu analiza noematică.

1) M. Minkowski a studiat perturbațiile în formele temporale ale universului morbid. El a analizat, în particular, un caz de delir paranoic în care bolnavul se simte amenințat de catastrofe pe care nici o precauție nu le poate înlătura : în fiecare moment, iminența se reînnoiește, iar faptul că nenorocirea de care s-a temut nu s-a produs niciodată, nu poate să garanteze că nu se va produce în minutele următoare. Or, catastrofa de care se simte amenințat este de a pieri zdrobit de tot ceea ce este în lume reziduu, cadavru, rămășiță, deșeu. Între acest conținut al delirului și motivul anxios al iminenței catastrofale e ușor să se vadă un raport semnificativ : ideea fixă de „resturi” dovedește la subiect o incapacitate de a concepe cum poate să dispară un lucru, cum ceea ce nu mai este poate să nu mai rămînă. Pentru el, acumularea trecutului nu mai poate să se anuleze și, totodată, trecutul și prezentul nu ajung să anticipeze viitorul ; nici o măsură de securitate luată nu poate să garanteze împotriva amenințărilor pe care le conține ; în viitor, totul este, în mod absurd, posibil. În înlănțuirea lor delirantă, aceste două teme exprimă astfel o perturbare majoră în temporalitate, timpul nu se mai proiectează, nici nu se scurge ; trecutul se acumulează, iar unicul viitor care se înfățișează nu poate conține, ca promisiune, decît zdrobirea prezentului de către masa, neîncetat, împovărătoare a trecutului<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> MINKOWSKI, *Le temps vécu*.

Fiecare tulburare suportă, așadar, o modificare specifică a timpului trăit. Binswanger, de exemplu, a definit prin *Ideenflucht* perturbația temporală a existenței maniacale: acolo, timpul, prin fragmentare, e fărâmițat și, fără deschidere asupra trecutului și a viitorului, el se învîrtește în jurul lui însuși, acționînd cînd prin salturi, cînd prin repetiții. Tocmai pe fondul temporalității astfel perturbate, trebuie să se înțeleagă „fuga ideilor“, cu alternanța sa caracteristică de repetiții tematice, de asocieri inconstante și ilogice. Timpul schizofrenicului este, de asemenea, sacadat, dar el este fărâmițat prin iminența Imprevizibilului și a Terifiantului, căruia bolnavul nu i se sustrage decît prin mitul unei eternități vide; temporalitatea schizofrenicului se împarte, așadar, între timpul divizat al angoasei și eternitatea, fără formă, nici conținut, a delirului<sup>1</sup>.

2) Spațiul, ca structură a universului trăit, poate să se preteze aceluiași analize.

Uneori, distanțele se năruie, ca la acei suferinzi de delir ce recunosc aici persoane pe care le știau în altă parte, sau acei suferinzi de halucinații ce le aud vocile, nu în spațiul obiectiv, unde se situează sursele sonore, ci într-un spațiu mitic, într-un soi de cvasispațiu unde axele de referință sînt fluide și mobile: ei aud aici, aproape de ei, în jurul lor, într-însii, vocile torționarilor, pe care le situează, în același timp, dincolo de pereți, cu mult dincolo de oraș și frontiere. Spațiului transparent, în care fiecare obiect își are locul geografic și unde perspectivele se articulează, i se substituie un spațiu opac, în care obiectele se amestecă, se apropie și se îndepărtează cu o mobilitate instantanee, se deplasează fără să se miște și fuzionează, în final, într-un orizont fără perspectivă; cum spune M. Minkowski, „spațiul senin“ se estompează în „spațiul obscur“, acela al fricii și

<sup>1</sup> BINSWANGER, Der Fall Jurg Zund, în *Schweizer Archiv f. Neur.*, 1946.

al nopții, sau, mai degrabă, se contopesc în universul morbid, în loc să se distribuie, cum o fac în sfera normalității<sup>1</sup>.

În alte situații, spațiul devine insular și rigid. Lucrurile pierd acel indice de inserție ce marchează, de asemenea, posibilitatea de-a le utiliza; ele se expun într-o plenitudine singulară care le detașează de contextul lor și se afirmă în izolarea lor, fără vreo legătură reală, nici virtuală, cu celelalte obiecte; raporturile instrumentale au dispărut. Domnul Roland Kuhn a studiat, în acest sens, delirurile de „limite“ la anumiți schizofrenici: importanța acordată limitelor, frontierelor, pereților, la tot ceea ce împrejmuiește, închide și protejează este în funcție de absența unității interne în dispunerea lucrurilor; în măsura în care acestea nu „stau“ împreună, trebuie protejate de exterior și menținute într-o unitate ce nu le este firească. Obiectele și-au pierdut coeziunea și spațiul, coerența; ca la acel bolnav ce desena neîntrerupt planul unui oraș fantastic ale cărui fortificații infinite nu apărau decît un conglomerat de clădiri fără însemnătate. Semnificația de „instrumentalitate“ a dispărut din spațiu; universul „Zuhandenen“, cum ar spune Heidegger, nu mai este, pentru bolnav, decît o lume „Vorhandenen“.

3) Nu există doar mediul spațio-temporal, „Umwelt“, care să fie perturbat de boală în structurile sale existențiale, ci și „Mitwelt“, universul social și cultural. Aproapele încetează să fie, pentru bolnav, partenerul unui dialog și colegul de muncă; el nu i se mai înfățișează acestuia pe fondul implicațiilor sociale; își pierde condiția de „socius“ și devine, în acest univers depopulat, Străinul. Tocmai la această alterare radicală se referă sindromul, atît de frecvent, al „nerealizării simbolice a semenului“: sentiment de straniețe față de vorbire, de sistemul de exprimare, de corpul celuiilalt; dificultate de a accede pînă la certitudinea existenței celuiilalt, încetineală și distanțare de un univers interuman în care lucrurile exprimate se

<sup>1</sup> MINKOWSKI, *Le temps vécu*.

împietresc, unde semnificațiile au indiferență compactă a obiectelor și unde simbolurile primesc importanța unor enigme : este universul rigid al psihastenicii și al majorității schizofrenicilor. Pacienta doamnei Séchehay de descrie astfel una dintre primele sale senzații de irealitate : „Mă găseam la Direcțiune ; subit, văd sala devenind imensă, ca iluminată de o strălucire teribilă... Elevele și profesoarele păreau marionete ce evoluau fără logică, fără scop... Ascultam convorbirile, dar nu le sesizam cuvintele. Vocile îmi păreau metalice, fără timbru și lipsite de căldură. Din cînd în cînd, un cuvînt se detașa din ansamblu. Se repeta în mintea mea, ca decupat cu cuțitul, absurd“. Copilului îi este frică, monitoarea intervine, încearcă să o calmeze : „Ea îmi surîde cu amabilitate... Dar zîmbetul ei, în loc să mă liniștească, îmi amplifică angoasa și confuzia ; căci îi observai dinții, pe care-i avea albi și regulați. Dinții aceia străluceau sub licărirea luminii și, curînd, cu toate că erau asemănători între ei, ocupară întreaga mea vedere, ca și cum întreaga sală nu era decît un șir de dinți într-o lumină neîndurătoare“<sup>1</sup>.

La celălalt pol al patologiei, se află lumea extrem de fluidă a delirului halucinatoriu : zbugium întotdeauna reluat de pseudo-recunoașteri, unde fiecare dintre ceilalți nu este un altul, ci Altul absolut, întîlnit fără încetare, hăituit continuu și regăsit ; prezență unică cu mii de fețe, a omului detestat, care minte și care ucide, a femeii devoratoare ce urzește marea conjurație a morții. Fiecare chip, straniu sau familiar, nu e decît o mască, fiecare cuvînt, clar sau obscur, nu ascunde decît o semnificație : masca persecutorului și sensul persecuției.

Măști ale psihasteniei, măști ale delirului halucinatoriu : în monotonia primelor începe să se piardă varietatea chipurilor umane ; sub nenumăratele fețe ale următoarelor se regăsește unică, stabilă și încărcată de un sens implacabil, experiența delirantă a bolnavului.

<sup>1</sup> *Journal d'une schizophrène*, pp. 6 și 7.

4) În fine, boala poate atinge omul în sfera individuală unde se desfășoară experiența propriului corp. Atunci, corpul încetează să fie acel centru de referință în jurul căruia căile lumii își etalează posibilitățile. În același timp, se modifică prezența corpului la orizontul conștiinței. Cîteodată, ea se îngroașă pînă la a deveni greutate și imobilitate a unui lucru ; ea virează către o obiectivitate în care conștiința nu mai poate să-și recunoască propriul corp ; subiectul nu se mai resimte decît ca un cadavru ori ca o mașinărie inertă, în care toate impulsurile provin dintr-o exterioritate misterioasă. Iată ce declară o bolnavă, observată de Minkowski : „O zi din două, corpul meu este dur ca lemnul. Astăzi, e gros, precum acest perete ; ieri, în fiecare moment, aveam impresia că trupul meu era ca o apă neagră, mai neagră decît acest șemineu... Totul e negru în mine, de un negru spumos, murdar... Dinții mei sînt de o densitate asemănătoare cu peretele unui sertar... Corpul mi se părea că este compact, lipicios și alunecos, asemănător cu acest parchet“<sup>1</sup>.

La fel, uneori conștiința plenitudinii trupului, cu spațialitatea sa și această densitate în care se înserează experiențele proprioceptive, sfîrșește prin a se epuiza pînă la a nu mai fi decît conștiința unei vieți spirituale și credință delirantă într-o existență nemuritoare ; universul corpului propriu, „Eigenwelt“, pare golit de conținutul său, și această viață care nu mai e decît conștiință a nemuririi se consumă într-o moarte lentă pe care o pregătește prin refuzul oricărui aliment, al oricărei îngrijiri corporale, al oricăror preocupări materiale. Binswanger a observat o bolnavă, Ellen West, la care se putea regăsi această perturbație de „Eigenwelt“ și la care se vedea, în același timp, dezlegarea formelor de inserare în lume. Ea nu mai recunoaște acest mod de existență care, în interiorul lumii, se orientează și se deplasează în conformitate cu drumurile virtuale

<sup>1</sup> În AJURIAGUERRA et HECAEN, *Les hallucinations corporelles*.

trasate în spațiu ; ea nu mai poate să fie „în siguranță pe pământ“ ; ea e divizată între dorința de-a zbura, de-a plana într-o jubilație eterată și obsesia de-a fi captivă pe un pământ mocirlos, ce o oprimă și o paralizează. Între mobilitatea vioaie, instantanee, și angoasa ce înnămolește, spațiul solid și ferm al mișcării corporale a dispărut ; lumea a devenit „tăcută, glacială și lipsită de viață“ ; bolnava își imaginează corpul ca pe o fluiditate gracilă și eterată, pe care inconsistența sa îl eliberează de orice materialitate. Acesta e fondul pe care se manifestă psihoza și pe care se reliefează simptomele (frica de îngrășare, anorexia, indiferența afectivă) ce o vor duce, printr-o evoluție morbidă, mai bine de treisprezece ani, la sinucidere<sup>1</sup>.

\*  
\*   \*  
\*

Am putea fi tentați să reducem aceste analize la cele istorice și să ne întrebăm dacă ceea ce numim universul bolnavului nu e doar o viziune arbitrară asupra istoriei sale, ori cel puțin starea ultimă în care culminează viitorul său. În fond, dacă Rudolf, un pacient de-al lui Roland Kuhn, a rămas, de-a lungul mai multor ore, în apropierea cadavrului propriei mame, pe cînd era copil și cînd nu cunoștea semnificația morții, aceasta nu e cauza bolii sale ; contactele prelungite cu un cadavru nu au putut să intre în comunitate de sensuri cu o ulterioară necrofilie și, în final, cu o tentativă de asasinat, decît în măsura în care s-a constituit o lume unde moartea, cadavrul, corpul rigid și rece, privirea înghețată aveau un statut și o logică ; a trebuit ca acest univers al morții și al nopții să aibă un loc privilegiat în fața universului zilei și al vieții, și ca transferul de la unul la

<sup>1</sup> BINSWANGER, Der Fall Ellen West, în *Archiv. Schw. f. Neur.*, 1943.

celălalt, care-i provocase odinioară atîta uimire și angoase, să-l fascineze încă într-atît încît să dorească să-l forțeze prin contactul cu niște cadavre și prin asasinarea unei femei<sup>1</sup>. Universul morbid nu se explică prin cauzalitatea istorică (o am în vedere pe aceea a istoriei psihologice), dar ea nu e posibilă decît datorită faptului că acest univers există : este cea care favorizează legătura dintre efect și cauză, dintre anterior și ulterior.

Dar ar trebui să ne punem întrebări asupra acestei noțiuni de „univers morbid“ și asupra a ceea ce îl deosebește de universul conceput de către omul normal. Fără îndoială, analiza fenomenologică refuză o diferențiere a *priori* a normalului și a patologicului : „Validitatea descrierilor fenomenologice nu este limitată de o judecată asupra normalului și a anormalului“<sup>2</sup>. Morbidul, însă, se manifestă de-a lungul investigației ca o caracteristică fundamentală a acestui univers. Într-adevăr, iată o lume pe care formele sale imaginare, chiar onirice, opacitatea sa la toate perspectivele intersubiectivității o denunță ca pe o „lume privată“, drept o *ἰδιον χόσμον* ; iar Binswanger reamintește, apropo de nebunie, cuvîntul lui Heraclit, apropo de somn : „Cei care sînt treji au o lume unică și obișnuită (*ἕνα καὶ κοινὸν χόσμον*) ; acela care doarme se întoarce către propriu-i univers (*εἰς ἰδιον ἀποστρεφε σθαῖ*)“<sup>3</sup>. Dar această existență morbidă e marcată, în același timp, de un stil foarte particular de abandonare în voia lumii : pierzînd semnificațiile universului, pierzîndu-i temporalitatea fundamentală, subiectul înstrăinează această existență în lumea în care irupe libertatea sa ; neputînd să-i cunoască sensul, se lasă-n voia evenimentelor ; în acel timp fărîmițat și fără perspectivă, în acel spațiu lipsit de coerență,

<sup>1</sup> R. KUHN, Mordversuch eines depressiven Fetichisten, în *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948.

<sup>2</sup> R. KUHN, *ibid.*

<sup>3</sup> BINSWANGER, Traum und Existenz, în *Neue Schweizer Rundschau*, 1930.

observăm indiciul unei năruiri ce încredința subiectul lumii, ca unui destin exterior. Procesul patologic este, după cum observă Binswanger, o „Verweltlichung“. În această unitate contradictorie dintre o lume particulară și o abandonare în voia inautenticității lumii, se află esența bolii. Sau, pentru a folosi un alt vocabular, boala e, în același timp, retragere în cea mai vătămătoare dintre subiectivități și cădere în cea mai dăunătoare obiectivitate.

Dar aceasta înseamnă, poate, să se atingă unul dintre paradoxurile maladiei mentale ce obligă la noi forme de analiză : dacă această subiectivitate a nebunului este, în același timp, vocație și abandonare în voia lumii, nu tocmai de la lume trebuie să afle secretul enigmaticului său statut? Nu există în boală un întreg nucleu de semnificații ce ține de domeniul în care a apărut – și în primul rând acest simplu fapt că este delimitată ca boală?



## Partea a doua

### NEBUNIA ȘI CULTURA



## INTRODUCERE

Analizele precedente au stabilit coordonatele prin care psihologiile pot să determine cazul patologic. Dar dacă ele au indicat formele de apariție a bolii, ele n-au putut să dovedească împrejurările de apariție. Eroarea ar fi să se creadă că evoluția organică, istoria psihologică sau statutul omului în lume pot să dezvăluie aceste condiții. Fără îndoială, boala se manifestă în ele, în ele-și dezvăluie posibilitățile, formele de exprimare, stilul. Dar deviația patologică, ca atare, își are rădăcinile în altă parte.

Boutroux aprecia, în vocabularul său, că legile psihologice, chiar și cele mai generale, sînt legate de o „etapă a umanității“. De multă vreme a devenit o realitate locul comun al sociologiei și al patologiei mentale : boala nu-și are realitatea și valoarea de afecțiune decît în cadrul unei culturi ce o recunoaște ca atare. Pacienta lui Janet, care avea viziuni și care prezenta stigmat, ar fi fost, pe alte meleaguri, o vizionară mistică și taumaturg. Obsedatul care se deplasează în universul contagios al afinităților pare, prin gesturile sale mijlocitoare, să regăsească practicile magicianului primitiv : ritualurile prin care-și îmbrobodește ținta obsesiei primesc, pentru noi, o semnificație morbidă prin această credință în tabu, a cărei putere echivocă primitivul vrea, în mod normal, să și-o atragă și a cărei complicitate periculos-favorabilă dorește să și-o asigure.

Totuși, această relativitate a cazului morbid nu este numaidecît clară. Durkheim intenționa să o motiveze printr-o concepție în același timp evoluționistă și statistică : într-o societate s-ar considera ca fiind patologice fenomenele care, îndepărtîndu-se de la medie,

marchează etapele depășite ale unei evoluții anterioare sau vestesc fazele viitoare ale unei dezvoltări care de-abia începe. „Dacă vom conveni să numim tip mediu ființa schematică pe care am alcătuit-o, concentrînd în același tot, într-un soi de universalitate abstractă, caracteristicile cele mai frecvente ale speciei..., vom putea spune că orice abatere de la acest etalon al sănătății este un fenomen morbid“ ; și completează acest punct de vedere statistic, adăugînd : „Un caz social nu poate fi considerat normal pentru o societate determinată decît prin raportare la o fază determinată a dezvoltării sale“ (*Règles de la méthode sociologique*). În pofida implicațiilor antropologice foarte diferite, concepția psihologilor americani nu este îndepărtată de perspectiva durkheimiană. Fiecare cultură, după Ruth Benedict<sup>1</sup>, ar alege anumite virtualități ce formează constelația antropologică a omului : o anumită cultură, aceea a Kwakiutl-ilor de exemplu, își ia ca temă glorificarea eului individual, în timp ce aceea a Zuni-lor o exclude radical ; agresiunea e o atitudine privilegiată la Dobu, reprimată la Pueblos. Ca urmare, fiecare cultură își va face din boală o imagine al cărui profil e conturat de ansamblul virtualităților antropologice pe care le neglijează sau le reprimă. Lowie, studiind indienii Crow, citează pe unul dintre ei, care deține o cunoaștere excepțională a formelor culturale ale tribului său ; dar el era incapabil să înfrunte un pericol fizic ; și în această formă de cultură ce nu oferă posibilitate și nu dă valoare decît comportamentelor agresive, virtuțile sale intelectuale îl făceau să ia drept iresponsabil pe un incompetent și, în ultimă instanță, pe un bolnav. „După cum sînt favorizați“, spune Benedict, „aceia ale căror reflexe naturale sînt cele mai apropiate de acest comportament ce definește societatea lor, sînt dezorientați aceia ale căror reflexe naturale intră

<sup>1</sup> *Échantillons de civilisation.*

în acel tip de comportament ce nu există în civilizația lor." Concepția lui Durkheim și aceea a psihologilor americani au în comun faptul că boala e examinată sub un aspect, concomitent, negativ și virtual. Negativ, întrucît e definită prin raportarea la o medie, la o normă, la un „pattern“, și pentru că în această abatere constă întreaga esență a patologicului : boala ar fi marginală prin natură și legată de o cultură, în singura măsură în care este o conduită ce nu se integrează în aceasta. Virtual, deoarece conținutul bolii e definit prin posibilitățile, mai puțin morbide prin ele însele, care se manifestă : pentru Durkheim este virtualitatea statistică a unei abateri de la medie, pentru Benedict, virtualitatea antropologică a esenței umane ; în cele două analize, maladia se încadrează printre virtualitățile ce servesc de limită a realității culturale a unui grup social.

Fără îndoială, aceasta înseamnă a rata ceea ce e pozitiv și real în boală, așa cum se prezintă ea într-o societate. Există, într-adevăr, boli care sînt recunoscute ca atare și care au, în cadrul unui grup, statut și funcție ; patologicul nu mai este atunci, prin raportare la modelul cultural, un simplu deviant ; el e unul dintre elemente și una dintre manifestările de acest gen. Să lăsăm la o parte celebrul caz al Berdașilor, la Dakoții din America de Nord ; acești homosexuali au un statut religios de preoți și de magicieni, un rol economic de meșteșugari și de crescători, uniți de particularitatea conduitei lor sexuale. Dar nimic nu indică să existe, în grupul lor, o conștiință clară a bolii. Dimpotrivă, găsim această conștiință legată de instituții sociale bine conturate. Iată, conform lui Callaway, cum se devine șaman, la Zuluși : „la început“, cel care este pe cale de-a deveni șaman, „e de o aparență robustă, dar, cu timpul, devine din ce în ce mai delicat... ; el nu încetează să se plîngă că îi este rău... Visează tot felul de lucruri și corpul său e murdar... Are convulsii ce conțin pentru un timp, cînd și l-a stropit cu apă. La prima lipsă de considerație, varsă lacrimi, apoi plînge zgomotos. Un om

pe punctul să devină ghicitor este o mare pricină de tulburări“. Ar fi, deci, impropriu să afirmăm că atitudinile caracteristice ale șamanului sînt niște virtualități recunoscute și validate la Zuluși, caracterizați, dimpotrivă, de ipohondrie, sau de isterie, la europeni. Conștiința bolii nu doar că nu exclude rolul social, ci chiar îl determină. Bolii, recunoscute ca atare, i se conferă un statut prin grupul care o definește. S-ar găsi și alte exemple în rolul jucat, pînă nu de mult, în societățile noastre de prostul satului și de epileptic.

Dacă Durkheim și psihologii americani au făcut din deviație și din abatere însăși natura bolii, acest lucru s-a întîmplat printr-o iluzie culturală ce le este comună : societatea noastră nu vrea să se recunoască în acel bolnav pe care îl alungă ori îl izolează ; chiar în clipa în care diagnostichează boala, exclude bolnavul. Analizele psihologilor și ale sociologilor noștri, ce fac din bolnav un deviant și caută originea morbidului în anormal, sînt, deci, înainte de toate, o proiecție de motive culturale. În realitate, o societate se exprimă pozitiv în maladiile mentale pe care le manifestă membrii săi ; și acest lucru, oricare ar fi statutul pe care-l atribuie unor astfel de forme morbide : fie că le plasează în centrul vieții sale religioase, cum este cazul, adesea, la primitivi, fie că încearcă să le expatrieze, situîndu-le în exteriorul vieții sociale, așa cum face cultura noastră.

Atunci se pun două întrebări : cum a ajuns cultura noastră să confere bolii semnificația deviației, iar bolnavului un statut ce îl exclude? Și cum, în pofida acestui lucru, societatea noastră se exprimă prin aceste forme morbide în care refuză să se recunoască?

## Capitolul V

### STRUCTURA ISTORICĂ A BOLII MENTALE

Occidentul a acordat, la o dată relativ recentă, demenței un statut de maladie mentală.

S-a spus, prea s-a spus, că nebunul fusese considerat pînă la apariția unei medicini pozitive drept un „posedat”. Și toate istoriile psihiatriei, pînă la acea dată, au vrut să indice, în nebunul Evului Mediu și al Renașterii, un bolnav ignorat, prins în rețeaua de semnificații religioase și magice. Deci, ar fi trebuit să se aștepte obiectivitatea unei priviri medicale senine și, în fine, științifice pentru a descoperi deteriorarea naturii acolo unde nu se descifrau decît perversiuni supranaturale. Interpretare clădită pe o eroare de fapt : aceea că nebunii erau considerați drept posedați ; pe o prejudecată inexactă : că oamenii definiți ca posedați erau bolnavi mentali ; în fine, pe o greșală de raționament : se deduce că, în cazul în care posedații erau într-adevăr nebuni, nebunii erau tratați realmente ca niște posedați. În fond, problema complexă a „posedării” nu ține direct de o istorie a demenței, ci de o istorie a ideilor religioase. În două rînduri, înainte de secolul al XIX-lea, medicina s-a confruntat cu problema posedării : prima dată, de la J. Weyer la Duncan (de la 1560 la 1640), și aceasta la solicitarea Parlamentelor, a guvernelor sau chiar a ierarhiei catolice, împotriva anumitor ordine mănăstirești ce perpetuau practicile Inchiziției ; atunci medicii au fost învestiți să arate că toate pactele și ritualurile diabolice puteau fi explicate

prin forțele unei imaginații dereglate ; a doua oară, între 1680 și 1740, la cererea întregii Biserici catolice și a guvernului, împotriva exploziei de misticism protestant și jansenist, declanșată de persecuțiile de la sfârșitul domniei lui Ludovic al XIV-lea ; atunci medicii au fost convocați de către autoritățile ecleziastice să arate că toate fenomenele extazului, ale inspirației, ale profeției, ale posedării de către Sfântul Duh nu se datorau (bineînțeles, la eretici) decît frământărilor violente ale dispozițiilor sau spiritelor. Asocierea tuturor acestor fenomene religioase sau parareligioase la medicină nu este, deci, decît un episod lateral, în raport cu munca imensă ce a definit boala mentală ; și, mai ales, ea nu a provenit dintr-un efort esențial adus la dezvoltarea medicinei ; însăși experiența religioasă e cea care, pentru a se departaja, a apelat, și de o manieră secundară, la confirmarea și la critica medicală. Ținea de destinul acestei istorii ca, mai tîrziu, o asemenea critică să fie aplicată de medicină tuturor fenomenelor religioase și îndreptată împotriva întregii experiențe creștine : pentru a arăta concomitent, și de o manieră paradoxală, că religia relevă puterile fantastice ale nevrozei și că cei pe care ea i-a condamnat erau, în același timp, victime ale propriilor credințe și nevroze. Dar această răstălmăcire nu datează decît din secolul al XIX-lea, cu alte cuvinte dintr-o epocă în care definirea în stil pozitivist a bolii mentale fusese deja asimilată.

În fond, înainte de secolul al XIX-lea, experiența demenței în lumea occidentală era polimorfă ; iar includerea ei, în epoca noastră, în conceptul de „boală“ nu trebuie să ne creeze iluzii asupra exuberanței sale originare. Fără îndoială, începînd cu medicina greacă, o anumită parte din domeniul demenței era deja ocupată de noțiunile patologiei și de practicile legate de aceasta. Au existat, în Occident, și din toate timpurile, tratamente medicale ale demenței, iar majoritatea spitalelor din Evul Mediu, cum ar fi l'Hôtel-Dieu la Paris, conțineau paturi rezervate nebunilor (adesea paturi închise

într-un soi de cuști mari, pentru a izola furioșii). Dar acesta nu constituia decît un sector restrîns, limitat la formele de nebunie considerate curabile („frenезii“, episoade de violență sau accese „melancolice“). În jur, nebunia avea o mare răspîndire, dar fără suport medical.

Totuși, această răspîndire nu relevă măsuri stabile ; ea variază în funcție de epocă, cel puțin în ceea ce privește dimensiunile sale vizibile ; uneori, rămîne subînțeleasă sau, dimpotrivă, iese la iveală, se arată din plin și se integrează fără dificultate în întregul peisaj cultural. Sfirșitul secolului al XV-lea este, cu siguranță, una dintre acele epoci în care demența restabilește legăturile cu posibilitățile esențiale ale limbajului. Ultimele manifestări din perioada gotică au fost, rînd pe rînd și într-o continuă mișcare, dominate de obsesia morții și de obsesia nebuniei. După *Danse macabre*, reprezentat în cimitirul Inocenților, după *Triomphe de la mort*, glorificat pe pereții din Campo Santo din Pisa, urmează nenumărate dansuri și sărbători ale Nebunilor pe care Europa le va celebra de-a lungul întregii Renașteri. Există sărbători populare în jurul spectacolelor prezentate de „asociațiile de nebuni“, ca *Navire bleu*, în Flandra ; există o întreagă iconografie ce se întinde de la *La nef des fous* de Bosch, la Breughel și la *Margot la Folle* ; există, de asemenea, texte savante, lucrări de filosofie sau de critică morală, ca *Stultifera Navis* de Brant, sau *l'Eloge de la folie* de Erasmus. Va exista, în fine, toată literatura consacrată nebuniei : scenele de demență din teatrul elisabetan și din teatrul francez preclasic fac parte din arhitectura dramatică, precum visele și, puțin mai tîrziu, scenele de mărturisire : ele conduc drama de la iluzie la adevăr, de la soluția greșită la adevăratul deznodămînt. Ele sînt unul dintre resorturile esențiale ale acestui teatru baroc, ca și ale romanelor care-i sînt contemporane : marile aventuri din povestirile cavalierești devin extravagantele de spirit ce nu le mai controlează himerele. Shakespeare și Cervantes,

la sfîrșitul Renașterii, manifestă o mare atracție față de această nebunie a cărei viitoare domnie Brant și Hieronymus Bosch o anunțaseră o sută de ani mai devreme.

Nu înseamnă că Renașterea nu a purtat de grijă nebunilor. Dimpotrivă, în secolul al XV-lea vedem deschizîndu-se, mai întîi în Spania (la Saragosa), apoi în Italia, primele mari case destinate nebunilor. Se supun unui tratament, fără îndoială, în mare parte inspirat de medicina arabă. Dar aceste practici sînt localizate. Nebunia e resimțită, în principal, în stare de liberate; ea circulă, aparține decorului și vorbirii comune, e pentru fiecare o experiență cotidiană, pe care încearcă mai mult să o exalte decît să o stăpînească. Există în Franța, la începutul secolului al XVII-lea, nebuni celebri de care publicului, și publicului elevat, îi place să se amuze; unii, precum Bluet d'Arbères, scriu cărți ce se publică și se citesc ca opere de sminteală. Pînă la 1650, cultura occidentală a fost ciudat de deschisă la aceste forme de experiență.

\*

\*

\*

La mijlocul secolului al XVII-lea, schimbare bruscă; universul nebuniei va deveni spațiul excluderii.

S-au creat (și aceasta în întreaga Europă) mari case de internare, care nu sînt destinate exclusiv pentru a adăposti nebunii, ci o întreagă serie de indivizi mult diferiți unul de altul, cel puțin după criteriile noastre de apreciere: se închideau sărmanii invalizi, bătrînii aflați în mizerie, cerșetorii, șomerii îndărătnici, suferinzii de boli venerice, libertinii de toate felurile, oameni pe care familiile sau puterea regală vor să-i cruce de o pedeapsă publică, capi de familie risipitori, clerici aflați în conflicte, pe scurt, toți acei care, în raport cu ordinea rațiunii, a moralei și a societății dădeau semne de „incomodare“.

Din această cauză, guvernul deschide, la Paris, Spitalul general, cu Bicêtre și Salpêtrière ; cu puțin înainte, sfântul Vincent de Paul făcuse din vechea leprozerie Saint-Lazare o temniță de acest fel, și curînd Charenton, inițial spital, se va alinia după modelul acestor noi instituții. În Franța, fiecare mare oraș va avea spitalul său general.

Aceste case n-au nici o vocație medicală ; nu ești admis ca să fii îngrijit, dar intri pentru că nu mai poți ori pentru că nu mai trebuie să faci parte din societate. Azilul în care nebunul, împreună cu alții, e închis, nu pune-n discuție, în perioada clasică, raporturile dintre nebunie și boală, ci raporturile societății cu ea însăși, cu ceea ce admite și nu permite în atitudinea indivizilor. Fără îndoială, internarea este o măsură de asistență ; numeroasele fundații de care beneficiază o dovedesc. Dar este un sistem al cărui ideal ar fi să fie concentrat în întregime asupra lui însuși : la Spitalul general, ca și în Workhouses, în Anglia, care sînt aproximativ contemporane, domnește munca silnică ; se toarge, se țese, se fabrică diverse obiecte aruncate la prețuri scăzute pe piață, pentru ca beneficiul să permită spitalului să funcționeze. Dar obligația muncii are un rol de sancțiune și de control moral. În mediul burghez, în curs de constituire, a fost definit un viciu major : păcatul prin excelență în lumea comerțului nu mai e orgoliul, nici aviditatea, ca în Evul Mediu, ci trîndăvia. Categoria comună care îi unește pe toți cei ce-și au reședința în casele de internare este incapacitatea de-a lua parte la producția, la circulația sau acumularea de bogății (indiferent că este din greșeala lor sau accidental). Excluderea la care sînt supuși e pe măsura acestei incapacități și indică, în lumea modernă, apariția unei rupturi ce nu exista înainte. Deci, azilul a fost legat, în originile și-n sensul său primordial, de această restructurare a spațiului social.

Fenomenul a avut o dublă importanță în constituirea experienței contemporane a nebuniei. În primul rînd, pentru că nebunia, atît de multă vreme vădită și zgomotoasă, atît de mult timp prezentă la

orizont, dispare. Ea intră într-o perioadă de liniște din care nu va ieși mult timp ; e despuiață de limbajul său ; și dacă s-a putut continua să se vorbească despre ea, ei înseși îi va fi imposibil să vorbească despre sine. Imposibil, cel puțin pînă la Freud care, primul, a redeschis posibilitatea ca raționalul și iraționalul să comunice, într-un limbaj comun, întotdeauna gata să se frîngă și să sfîrșească în inaccessibil. Pe de altă parte, în azil, nebunia a creat înrudiri noi și ciudate. Acest spațiu al excluderii care grupa, împreună cu nebunii, bolnavii venerici, libertinii și numeroși criminali, mai mult sau mai puțin periculoși, a provocat un soi de asimilare obscură ; iar nebunia a legat cu vina morală și socială o amicitie pentru care nu există aproape nici o probabilitate de destrămare. Să nu ne mirăm că s-a descoperit, începînd cu secolul al XVIII-lea, un fel de filiație între nebunie și toate „crimele pasionale“, că nebunia a devenit, începînd cu secolul al XIX-lea, moștenitoarea unor crime care își descoperă în ea atît rațiunea de a fi cît și rațiunea de a nu fi crime ; că nebunia a descoperit, în secolul XX, în ea însăși, un nucleu primitiv de vinovăție și agresivitate. Aceasta nu e descoperirea progresivă a ceea ce este demența în adevărata sa natură ; ci numai sedimentarea a ceea ce istoria Occidentului a făcut din ea, de trei sute de ani. Nebunia e mult mai *istorică* decît se crede de obicei, dar și mult mai *tînără*.

\*

\*

\*

Azilul nu și-a păstrat deloc, mai mult de un secol, funcția primă, de reducere la tăcere a nebuniei. Încă de la mijlocul secolului al XVIII-lea, îngrijorarea renaște. Nebunul își face reapariția în peisajele cele mai familiare ; îl reîntîlnim făcînd parte din viața cotidiană.

*Le Neuveu de Rameau* stă mărturie. În această epocă, universul corecționar, în care nebunia era prinsă în mijlocul atîtor greșeli, păcate și crime, începe să se dezmembreze. Denunțare politică de sechestrări arbitrare ; critică economică a fundațiilor și a formei tradiționale de asistență ; renume al acestor instituții, precum Bicêtre sau Saint-Lazare, care dobîndesc valoarea de focare ale răului. Toată lumea cere desființarea azilului. Redată fostei sale libertăți, ce va deveni nebunia?

Reformatorii dinaintea de 1789 și Revoluția însăși au vrut să suprimă în același timp ospiciul, ca simbol de străveche oprimare, și să restrîngă, în măsura posibilului, asistența spitalicească, ca semn al existenței unei clase vrednice de milă. S-a căutat o formulă de ajutorare financiară și de îngrijiri medicale de care sărmanii ar putea să beneficieze la domiciliu, scăpînd astfel de obsesia spitalului. Dar nebunii au drept caracteristică faptul că, redați libertății, pot deveni periculoși pentru familiile lor și anturajul în care se găsesc. De unde, necesitatea de a-i stăpîni și sancțiunea penală ce se aplică celor ce lasă să vagabondeze „nebunii și animalele periculoase“.

Tocmai pentru a rezolva această problemă, vechile așezăminte de internare, pe vremea Revoluției și a Imperiului, au fost, puțin cîte puțin, destinate nebunilor, dar, de această dată, *în exclusivitate nebunilor*. Deci, cei pe care filantropia epocii i-a eliberat sînt toți ceilalți, *cu excepția* nebunilor ; aceștia vor fi moștenitorii naturali ai azilului și titularii privilegiați ai vechilor măsuri de excludere.

Fără îndoială, în momentul acela, azilul primește o nouă semnificație : el devine unitate cu profil medical. Pinel, în Franța, Tuke, în Anglia și în Germania, Wagnitz și Reil și-au legat numele de această reformă. Și nu există istorie a psihiatriei sau a medicinei care să nu descopere în aceste personaje simbolurile unei duble înscăunări : aceea a umanismului și aceea a unei științe, în sfîrșit, pozitive.

Lucrurile au fost cu totul altele. Pinel, Tuke, contemporanii și succesorii lor nu au îndulcit vechile practici din ospiciu ; dimpotrivă, le-au înăsprit. Azilul ideal, pe care Tuke l-a realizat aproape de York, e menit să reconstituie în jurul alienatului o evasifamilie în care va trebui să se simtă ca acasă ; în fond, el e supus, prin aceasta, la un control social și moral neîntrerupt ; a-l vindeca va însemna a-i reinsufla sentimentele de dependență, de vinovăție, de umilință și recunoștință, care sînt armătura morală a vieții de familie. Pentru a izbuti, se vor folosi de mijloace precum amenințările, pedepsele, privațiunile alimentare, umilirile, pe scurt, de tot ce va putea, în același timp, *să infantilizeze și să culpabilizeze* bolnavul. Pinel, la Bicêtre, utilizează tehnici asemănătoare, după ce a „dezrobit încătușații” care încă se aflau aici în 1793. Cu siguranță, el a făcut să dispară legăturile materiale (totuși, nu toate), ce constrîngeau fizic bolnavii. Dar a reconstituit în jurul lor o întreagă îngrădire morală, care transforma azilul într-un fel de perpetuă instanță de judecată : nebunul trebuia supravegheat în gesturile sale, redus în pretențiile sale, contrazis în delirul său, ridiculizat în greșelile sale : sancțiunea trebuia să urmeze imediat după orice abatere de la o conduită normală. Și aceasta sub conducerea medicului care nu e atît responsabil de o intervenție terapeutică, cît de un control etic. El este, în cadrul azilului, agentul sintezelor morale.

Dar, în plus, în pofida extinderii foarte mari a măsurilor de spitalizare, perioada clasică lăsase să subziste și să se dezvolte, pînă la un anumit punct, practicile medicale referitoare la nebunie. Existau, în spitalele obișnuite, secții destinate nebunilor, li se aplica un tratament, iar textele medicale ale secolelor XVII și XVIII căutau să definească, îndeosebi o dată cu marea diversificare a tulburărilor și a maladiilor nervoase, tehnicile cele mai potrivite vindecării nebunilor. Aceste tratamente nu erau nici psihologice, nici fizice : erau și una, și cealaltă, simultan – distincția carteziană între extindere

și gîndire n-a știrbit unitatea practicilor medicale ; bolnavul era supus la dușuri sau băi pentru a-și revigora mintea și trupul ; i se injecta sînge proaspăt pentru a-i reînnoi circuitul sanguin tulburat ; se încerca să se stîrneasă în el impresii puternice pentru a i se modifica astfel traiectoria imaginației.

Or, aceste tehnici pe care fiziologia epocii le justifică au fost reluate de Pinel și de succesorii săi într-un context exclusiv represiv și moral. Dușul nu mai răcorește, el pedepsește ; nu mai trebuie aplicat atunci cînd bolnavul e „înfierbîntat“, ci cînd a comis o greșeală ; în plin secol al XIX-lea încă, Leuret își va supune pacienții la un duș înghețat deasupra capului și va angaja în acel moment, cu ei, un dialog în care-i va constrînge să mărturisească faptul că opinia lor nu este decît delir. Secolul al XVIII-lea inventase, de asemenea, o mașină rotativă pe care se plasa bolnavul, astfel încît cursul gîndirii sale, prea puternic fixat pe o idee delirantă, să fie repus în mișcare și să-și regăsească circuitele naturale. Secolul al XIX-lea perfecționează sistemul, conferindu-i un caracter strict de pedeapsă : la fiecare manifestare delirantă, bolnavul era rotit pînă la leșin dacă nu dădea semne de căință. De asemenea, s-a pus la punct o cușcă mobilă ce se învîrtește în jurul ei însăși, pe un ax orizontal, și a cărei mișcare este cu atît mai puternică cu cît e mai agitat bolnavul zăvorît în ea. Toate aceste jocuri medicale sînt versiunile spitalicești ale străvechilor tehnici bazate pe o fiziologie de acum abandonată. Esențial e că azilul, fondat în timpul lui Pinel, pentru internare, nu reprezintă „medicalizarea“ unui spațiu social al excluderii, ci confuzia, în interiorul unui sistem moral unic, a unor tehnici, dintre care unele aveau un caracter de precauție socială, iar altele, unul de strategie medicală.

Or, tocmai din acel moment, nebunia a încetat să fie considerată ca un fenomen global care, prin intermediul imaginației și al delirului, atinge și trupul și sufletul. În noul spațiu spitalicesc, în acel univers

al moralei ce pedepsește, nebunia a devenit un fapt care vizează, esențialmente, sufletul omenesc, vinovăția și libertatea sa ; ea se înscrie, de acum, în dimensiunea interiorității și, prin aceasta, pentru prima dată în lumea occidentală, nebunia va primi statut, structură și semnificație psihologică. Dar această psihologizare nu e decât consecința superficială a unei operații mai tănuite și situată la un nivel mai profund – o acțiune prin care nebunia e inserată în sistemul de valori și de represiuni morale. Ea este închisă într-un sistem punitiv în care nebunul, infantilizat, se înrudește pe de-a-ntregul cu copilul și în care nebunia, culpabilizată, se leagă, de la începuturi, de vinovăție. În concluzie, nu ne mirăm dacă întreaga psihopatologie – care începe cu Esquirol, dar și a noastră – se bazează pe aceste trei teme ce-i definesc problematica : raporturi ale libertății cu automatismul ; fenomene de regresie și structură infantilă a comportamentelor ; agresiune și vinovăție. Ceea ce descoperim în calitate de „psihologie“ a nebuniei nu este decât rezultatul acțiunilor prin care am investit-o. Toată această psihologie n-ar exista fără *sadismul moralizator* în care „filantropia“ secolului al XIX-lea o înzidește, sub înfățișările ipocrite ale unei „eliberări“.

\*

\*      \*

Vom spune că orice cunoaștere se leagă de formele esențiale de cruzime. Cunoașterea nebuniei nu face cituși de puțin excepție. Fără îndoială, însă, acest raport e, apropo de nebunie, extrem de important. Pentru că el este, în primul rînd, cel ce a făcut posibilă o analiză psihologică a alienării ; dar, îndeosebi, pentru că e cel care, nedeclarat, a stat la baza oricărei psihologii. Nu trebuie să se uite că psihologia „obiectivă“, sau „pozitivă“, ori „științifică“ și-a găsit originea istorică și fundamentul într-o experiență patologică.

O analiză a dedublărilor e cea care a autorizat o psihologie a personalității ; o analiză a automatismelor și a inconștientului e cea care a fondat o psihologie a conștiinței ; o analiză a deficitelor este aceea care a declanșat o psihologie a inteligenței. Altfel spus, omul n-a devenit o „specie psihologizabilă“ decît începînd cu momentul cînd raportul său cu nebunia a permis o psihologie, cu alte cuvinte, începînd cu momentul în care raportul său cu alienarea a fost definit prin dimensiunea exterioară a excluderii și a sancțiunii, și prin dimensiunea interioară a asumării morale și a vinovăției. Situînd nebunia în funcție de aceste două axe fundamentale, omul începutului secolului al XIX-lea făcea posibilă o *viziune* asupra nebuniei și, prin ea, o psihologie generală.

Această experiență a Iraționalului, în care, pînă în secolul al XVIII-lea, omul occidental se izbea de întunecimea realității sale și de contestarea sa absolută, va deveni, și rămîne încă, pentru noi, calea de acces către realitatea naturală a ființei umane. Și înțelegem atunci că o asemenea cale de acces e ambiguă și că invită, în același timp, la reducții obiective (potrivit cu înclinația *excluderii*) și solicită, neînterupt, reîntoarcerea către sine (conform înclinației asumării morale). Întreaga structură epistemologică a psihologiei contemporane se înrădăcinează în acest eveniment care e aproximativ contemporan Revoluției și care privește raportul omului cu sine însuși. „Psihologia“ nu e decît o peliculă subțire pe suprafața lumii etice în care omul modern își caută realitatea – și o pierde. Nietzsche a văzut-o bine, la cei ce au făcut să se spună contrariul.

În concluzie, o psihologie a nebuniei nu poate fi decît derizorie, și, cu toate acestea, ea atinge esențialul. Derizorie, pentru că, dorind să practicăm psihologia nebuniei, îi impunem psihologiei să-și stabilească propriile fundamente, să revină la ceea ce a făcut-o posibilă și să evite ceea ce este pentru ea, și, prin definiție, este de nedepășit. Psihologia nu va putea să exprime niciodată adevărul

despre nebunie, pentru că nebunia deține adevărul psihologiei. Și, cu toate acestea, o psihologie a nebuniei nu poate să nu meargă spre esențial, pentru că, în mod nedefinit, se orientează spre punctul în care i se concentrează posibilitățile ; cu alte cuvinte, își urmează propriul curs și se îndreaptă către acele regiuni unde omul există în raport cu sine însuși și inaugurează acea formă de alienare care-l face să devină *homo psychologicus*. Extinsă pînă la rădăcinile sale, psihologia nebuniei ar fi nu stăpînirea maladiei mentale și, prin aceasta, posibilitatea dispariției sale, ci distrugerea psihologiei însăși și readucerea la lumină a acestui raport esențial, nepsihologic, întrucît nu e moralizabil, care este raportul dintre rațional și irațional.

Acest raport, în pofida tuturor nimicniciilor psihologiei, e prezent și vizibil în operele lui Hölderlin, Nerval, Roussel și Artaud, și promite ființei umane că, poate într-o zi, va putea să se regăsească independentă de orice psihologie, pentru marea înfruntare tragică cu nebunia.

## Capitolul VI

### NEBUNIA, STRUCTURĂ GLOBALĂ

Ceea ce s-a spus anterior nu echivalează cu o critică *a priori* a oricărei tentative de a delimita manifestările nebuniei ori de a stabili o strategie de vindecare. Este vorba doar de a desemna un anumit raport și un dezechilibru atât de fundamental între psihologie și nebunie încât să facă zadarnic orice efort de a trata ansamblul nebuniei, esența și natura sa în termeni de psihologie. Însăși noțiunea de „boală mentală” este expresia acestui efort condamnat de la bun început. Ceea ce numim „boală mentală” nu reprezintă decît *nebunia alienată*, înstrăinată în această psihologie pe care ea însăși a făcut-o posibilă.

Într-o zi va trebui să încercăm să facem un studiu al nebuniei ca structură globală – nebunia eliberată și dezalienată, redată, să spunem așa, cuvîntului său de origine.

Fără îndoială, ar reieși că, în primul rînd, nu există cultură care să nu fie sensibilă, în comportamentul și limbajul oamenilor, la anumite fenomene față de care societatea adoptă o atitudine particulară : acești oameni nu sînt tratați în întregime nici ca bolnavi, nici ca niște criminali, nici ca vrăjitori, nici, în totalitate, ca oameni obișnuiți. Există în ei cîteva lucruri ce vorbesc despre diferență și solicită diferențierea. Să evităm să spunem că aceasta e conștiința inițială, obscură și difuză, a ceea ce spiritul nostru științific va recunoaște ca boală mentală ; e doar vidul în cadrul căruia se va

fixa experiența nebuniei. Dar sub această formă exclusiv negativă se urzește, deja, un raport pozitiv, în care societatea își angajează și își riscă valorile. Astfel, Renașterea, după marea obsesie a morții, după frica de Apocalipsă și după amenințările Lumii de apoi, a cunoscut, în această lume, un nou pericol : acela al unei invazii surde, venind din interior și, ca să spunem așa, dintr-o falie secretă a pământului ; această invazie e cea a Absurdului care plasează Lumea de apoi la același nivel cu lumea aceasta, și la nivelul pământului ; de o asemenea manieră încît nu mai știm dacă universul nostru e cel ce se dedublează printr-un miraj fantastic, ori dacă, dimpotrivă, e celălalt care-l ia în posesie, sau dacă, în cele din urmă, secretul lumii *noastre* era să fie deja, și fără ca noi să o știm, *cealaltă*. Această experiență nesigură, ambiguă, ce face ca stranietatea să sălășluiască în însuși miezul familiarului, dobîndește, la Hieronymus Bosch, stilul vizibilului : universul se populează, în toate cochiliile sale, în fiecare dintre ierburile sale, cu monștrii minusculi, înspăimîntători și neînsemnați care sînt, în același timp, adevăr și minciună, iluzie și taină, Același și Altul. *Le Jardin des Délices* nu este imaginea simbolică și organizată a nebuniei, nici proiecția spontană a unei imaginații în delir ; e percepția unei lumi destul de apropiate și de îndepărtate de sine pentru ca să fie deschisă absolutei diferențieri a Absurdului. În fața acestei amenințări, cultura Renașterii își pune la încercare valorile și le angajează în luptă, într-un mod mai degrabă ironic decît tragic. Rațiunea se recunoaște și ea ca dedublă și depozată de sine : se credea înțeleaptă, e nebună ; credea că știe, ignoră ; se credea sănătoasă, delirează ; cunoașterea introduce în tenebre și în lumea interzisă, cînd se credea că duce spre lumina eternă. Se schițează un adevărat joc care va domina Renașterea : nu un joc sceptic, al unei rațiuni care-și recunoaște limitele, ci un joc mai dur, mai riscant, mult mai ironic al unei rațiuni care-și joacă partida cu Absurdul.

Pe fondul acestor experiențe foarte generale și primare, se formează altele, ce sînt deja mai articulate. E vorba de valorificări pozitive și negative, de forme de accept și de refuz ce privesc experiențele despre care tocmai a fost vorba. E limpede că secolul al XVI-lea a valorificat pozitiv și a recunoscut ceea ce secolul al XVII-lea avea să devalorizeze și să reducă la tăcere. Nebunia, în cea mai largă accepțiune, se situează la acel nivel de sedimentare a fenomenelor de cultură unde începe valorificarea negativă a ceea ce fusese perceput la origine ca Diferitul, Absurdul, Iraționalul. Acolo se angajează semnificațiile morale, funcționează sistemele de apărare, se ridică bariere și se organizează toate ritualurile de excludere. Aceste eliminări pot fi, în funcție de culturi, de diferite tipuri : separare geografică (precum în acele societăți indoneziene în care omul „diferit“ trăiește singur, adesea la cîțiva kilometri de sat), separare materială (ca în societățile noastre ce practică procedura de internare) sau simplă separare virtuală, mai puțin vizibilă din exterior (ca la începutul secolului al XVII-lea, în Europa).

Aceste tactici de separație servesc drept cadru în percepția nebuniei. Recunoașterea, care permite să se spună : acesta este un nebun, nu e un fapt simplu și nici imediat. El se bazează, în fond, pe un anumit număr de operații prealabile și, mai ales, pe acel decupaj al spațiului social, după direcțiile valorificării și ale excluderii. Atunci cînd medicul crede că diagnostichează nebunia ca pe un fenomen natural, tocmai existența acestui prag e cea care permite judecarea nebuniei. Fiecare cultură are pragul său particular și evoluează împreună cu configurația acelei culturi ; începînd cu mijlocul secolului al XIX-lea, pragul de sensibilitate față de nebunie s-a redus considerabil în societatea noastră ; existența psihanalizei e dovada acestei scăderi în măsura în care ea îi este efect și cauză. Trebuie să se noteze că pragul acesta nu e neapărat legat de perspicacitatea conștiinței medicale : nebunul poate fi foarte bine

recunoscut și izolat, fără să primească, de aceea, un statut patologic precis, cum a fost cazul în Europa, înainte de secolul al XIX-lea.

În sfârșit, legată de nivelul pragului, dar oarecum independentă de el, toleranța față de însăși existența nebunului. În Japonia contemporană, proporția de nebuni, recunoscuți ca atare de anturajul lor, e sensibil aceeași ca-n Statele Unite, dar aici intoleranța e mare, în sensul că grupul social (în speță, familia) nu e capabil să integreze sau, pur și simplu, să accepte persoana deviantă ; spitalizarea, șederea în clinică sau numai separarea de familie sînt cerute imediat. În Japonia, dimpotrivă, mediul este mult mai tolerant și spitalizarea e departe de-a fi regula. Unul dintre numeroasele motive ce fac să scadă numărul internaților în azilurile europene, în timpul războaielor și al perioadelor mari de criză, e faptul că nivelul normelor integrative ale mediului suferă o diminuare accentuată, și acesta devine mai tolerant decît în timp de normalitate, cînd este mai coerent și mai puțin presat de evenimente.

Pe terenul alcătuit de aceste patru nivele, poate să se dezvolte, în sfârșit, o conștiință medicală a nebuniei. Percepția nebuniei devine, astfel, recunoaștere a bolii. Dar nimic nu o obligă încă, în mod necesar, să fie diagnostic al bolii „mentale“. Nici medicina arabă, nici cea a Evului Mediu, nici chiar medicina postcarteziană nu permiteau diferențierea dintre bolile trupului și cele ale sufletului ; fiecare formă patologică implica ființa umană în totalitatea sa. Iar organizarea unei psihopatologii presupune încă o serie întreagă de operațiuni ce, pe de o parte, permit distincția dintre patologia organică și cunoașterea bolilor mentale, și care, pe de altă parte, definesc legile unei „metapatologii“, comune acestor două domenii ale căror fenomene ea le determină la modul abstract. O asemenea organizare teoretică a maladiei mentale e legată de un întreg sistem de practici : organizare a rețelei medicale, sistem de detectare și de profilaxie, formă de asistență, distribuire a îngrijirii medicale, criterii de

vindecare, definire a incapacității civile a bolnavului și a iresponsabilității sale penale : pe scurt, un întreg ansamblu care, într-o cultură dată, definește existența concretă a nebulului.

\*

\*

\*

Dar aceasta nu e încă decît măsura tuturor distanțelor impuse de o societate față de experiența majoră a Absurdului care, progresiv, și datorită unei defalcări succesive, devine *nebuie*, *boală* și *maladie mentală*. De asemenea, ar trebui arătată mișcarea opusă ; cu alte cuvinte, aceea prin care o cultură ajunge să se exprime, la modul pozitiv, în privința fenomenelor pe care le respinge. Chiar redusă la tăcere și exclusă, nebunia are valoare de limbaj și tilcurile sale dobîndesc semnificație, pe baza a ceea ce o indică și o refuză ca nebunie. Să luăm exemplul maladii mentale, cu structurile și profilurile pe care psihologia noastră crede a i le recunoaște.

Maladia mentală se situează, în cadrul evoluției, ca o perturbare a propriului curs ; prin aspectul său regresiv, ea face să se ivească atitudini infantile sau forme arhaice ale personalității. Dar evoluționismul vede, pe nedrept, în aceste schimbări, însăși esența patologicului și originea sa reală. Dacă infantilizarea se manifestă în nevroze, acesta nu e decît un efect. Ca atitudinea infantilă să fie un refugiu pentru bolnav, ca reapariția sa să fie considerată un fapt patologic ireductibil, societatea trebuie să instaureze o limită între trecutul și prezentul individului, peste care să nu putem, nici să nu trebuiască să trecem ; cultura e necesar să nu integreze trecutul decît silindu-l să dispară. Iar cultura noastră dă acest semn. În momentul în care secolul al XVIII-lea, cu Rousseau și Pestalozzi, se preocupă să constituie pentru copil o lume care să fie pe măsura sa, cu reguli pedagogice ce-i însoțesc dezvoltarea, a permis să se

formeze în jurul copiilor un mediu ireal, abstract și arhaic, fără raport cu lumea adultă. Întreaga evoluție a pedagogiei contemporane, cu intenția perfectă de-a apăra copilul de conflictele adulților, accentuează distanța ce separă, pentru om, copilăria de viața sa de adult. Cu alte cuvinte, pentru a cruța copilul de conflicte, îl expune unui conflict major, contradicției dintre copilăria sa și viața reală<sup>1</sup>. Dacă adăugăm că în instituțiile sale pedagogice o civilizație nu își proiectează direct realitatea, împreună cu conflictele și contradicțiile proprii, dar că o reflectă indirect, prin intermediul miturilor care o motivează, o justifică și o idealizează într-o coerență himerică ; dacă adăugăm că într-o pedagogie, o societate-și visează epoca de aur (reflectați la cele ale lui Platon, Rousseau, la instituția republicană a lui Durkheim, la naturalismul pedagogic al Republicii de la Weimar), înțelegem că fixațiile sau regresiiile patologice nu sînt posibile decît într-o anumită civilizație, că ele se multiplică-n măsura în care formele sociale nu permit să se lichideze trecutul și să se asimileze conținutului actual al experienței. Nevrozele de regresie nu relevă natura nevrotică a copilăriei, dar ele denunță caracterul arhaizant al instituțiilor ce o vizează. Ceea ce servește de peisaj acestor forme patologice este conflictul din sînul unei societăți, între formele de educație ale copilului, în care-și ascunde visele, și condițiile pe care le creează adulților, în care, dimpotrivă, se descifrează prezentul său real și mizeriile sale. S-ar putea spune același lucru despre dezvoltarea culturală : delirurile religioase, cu sistemul lor de afirmații și orizontul magic pe care-l implică întotdeauna, se oferă ca regresii individuale în raport cu dezvoltarea socială. Aceasta nu înseamnă că religia e de natură delirantă, nici

<sup>1</sup> Poate tocmai într-o asemenea eterogenitate și în limita ce separă aceste două forme de viață se găsește rădăcina fenomenului descris de Freud, ca fază latentă, și asociat de el la contragrecia mitică a libidoului.

că individul regăsește, dincolo de religia actuală, originile sale psihologice cele mai îndoielnice. Dar delirul religios e funcție a laicizării culturii: religia poate fi obiectul credinței delirante în măsura-n care cultura unui grup nu mai permite să se asimileze credințele religioase sau mistice, conținutului actual al experienței. Acestui conflict și strădaniei de a-l depăși îi aparțin delirurile mesianice, experiența halucinatorie a aparițiilor și evidențele impulsului fulgerător ce reînstaurează, în universul nebuniei, unitatea destrămată din lumea reală. Orizontul istoric al regresiiilor psihologice se află, deci, într-un conflict de motive culturale, marcate, fiecare, de un indice cronologic ce îi denunță diversele origini istorice.

Istoria individuală, cu traumatismele sale, cu mecanismele sale de apărare, îndeosebi cu angoasa care o muncește, pare să formeze alte dimensiuni psihologice ale bolii. Psihanaliza a plasat la originea acestor conflicte o dezbatere „metapsihologică“, la frontierele mitologiei („instinctele sînt miturile noastre“, spunea Freud), între instinctul vieții și cel al morții, între plăcere și repetare, între Eros și Thanatos. Dar aceasta înseamnă a oferi ca soluție ceea ce se confruntă în chestiune. În caz că boala găsește în înlănțuirea de comportamente contradictorii un mod aparte de exprimare, nu înseamnă că elementele contradicției se juxtapun, ca segmente de conflict, în inconștientul uman; e doar pentru că omul face din ființa umană o experiență contradictorie. Raporturile sociale pe care le determină o civilizație, sub formele concurenței, ale exploatării, ale rivalității de grup ori ale luptei de clasă, oferă omului o experiență din mediul său uman, pe care îl chinuie neîncetat contradicția. Sistemul de raporturi economice îl atașează altora, dar prin legăturile negative ale dependenței; legile coexistenței, care-l unesc cu semenii săi într-un destin comun, îl opun acestora într-o luptă ce, paradoxal, nu e decît forma dialectică a acestor legi; universalitatea legăturilor economice și sociale îi permite să recunoască în lume o patrie și să

descifreze o semnificație comună în privirile tuturor oamenilor, însă o asemenea semnificație poate fi, la fel de bine, aceea a ostilității, iar această patrie îl poate repudia ca pe un străin. Omul a devenit pentru om atît chipul propriului adevăr, cît și eventualitatea morții sale. El nu poate să înlînească decît în imaginar statutul fratern, unde raporturile lui sociale își vor afla stabilitatea și coerența : întotdeauna semenul se oferă într-o experiență pe care dialectica vieții și a morții o face precară și periculoasă. Complexul lui Oedip, nucleu al ambivalenței familiale, e ca versiunea redusă a acestei contradicții : dușmănia amoroasă ce-l leagă de părinți, nu copilul o provoacă, ca pe un echivoc al instinctelor sale ; el o înlînește exclusiv în lumea adultului, specificată de atitudinea părinților ce descoperă implicit, în propriul lor comportament, vechea temă în care viața copiilor este moartea părinților. Mai mult : nu e o întîmplare că Freud, reflectînd la nevrozele provocate de război, a descoperit, pentru a dubla instinctul vieții, în care încă se exprima vechiul optimism european al secolului al XVIII-lea, un instinct al morții, ce introducea, pentru prima dată în psihologie, forța negativului. Freud vroia să explice războiul, dar tocmai războiul e cel care se reflectă în această cotitură a gîndirii freudiene. Sau, mai degrabă, cultura noastră trăia, la acea epocă, într-o manieră clară pentru ea însăși, experiența propriilor contradicții : era necesar să se renunțe la vechiul vis al solidarității și să se admită că omul putea și trebuia să facă din ființa umană o experiență negativă, trăită ca ură și agresiune. Psihologii au dat acestei experiențe denumirea de ambivalență și au văzut în ea un conflict al instinctelor. Mitologie asupra atîtor mituri perimate.

În sfîrșit, fenomenele morbide au părut să desemneze, în convergența lor, o structură singulară a universului patologic : și aceasta ar oferi, la investigația fenomenologului, paradoxul de-a fi în același timp „universul particular“, inaccesibil, în care bolnavul

se retrage pentru o existență arbitrară, de fantezie și delir – și totodată universul de constrângere căruia îi este hărăzit asemenea abandonului ; o astfel de proiecție contradictorie ar fi una dintre manifestările esențiale ale bolii. Dar această formă patologică nu e decît secundară în raport cu contradicția reală care o provoacă. Determinismul ce îi stă la bază nu e cauzalitatea magică a unei conștiințe fascinate de universul său, ci cauzalitatea efectivă a unui univers ce nu poate, de la sine putere, să ofere o soluție contradicțiilor pe care le-a generat. Dacă universul proiectat în fierbințeala unui delir încarcerează conștiința care-l proiectează, nu înseamnă că ea însăși se lasă prinsă, că renunță la posibilitățile sale de-a fi ; ci că lumea, alienîndu-și libertatea, nu poate să-și recunoască nebunia. Deschizîndu-se către o lume delirantă, nu printr-o constrângere imaginară se leagă conștiința morbidă ; ci, suportînd restricția reală, ea evadează într-un univers morbid în care regăsește, dar fără să o recunoască, aceeași constrângere reală : căci nu dorind să scapi de restricție depășești realitatea. Se vorbește mult despre nebunia prezentului, legată de universul mașinii și de estomparea relațiilor afective directe dintre oameni. Fără îndoială, această legătură nu este artificială și nu e o întîmplare că universul morbid dobîndește atît de des, în zilele noastre, înfățișarea unui spațiu în care raționalitatea mecanicistă exclude spontaneitatea continuă a vieții afective. Dar ar fi absurd să se spună că omul bolnav își mecanizează universul pentru că proiectează un univers schizofrenic în care se pierde ; de asemenea, este eronat să se pretindă că el este schizofrenic întrucît aceasta e, pentru el, singura modalitate de a se sustrage constrîngerii universului real. În fond, cînd omul rămîne străin la ceea ce se petrece în modul său de comunicare, cînd nu poate să recunoască semnificația umană și însuflețită a produselor muncii proprii, cînd determinările economice și sociale-l constrîng, fără să-și poată găsi locul în această lume, atunci el trăiește într-o cultură

ce face posibilă o formă patologică precum schizofrenia ; străin într-o lume reală, el e redat unui „univers particular“ ce nu mai poate garanta nici o obiectivitate ; supus, totuși, la constrângere de lumea reală, el resimte acest univers, în care evadează, ca pe o fatalitate. Contemporaneitatea face posibilă schizofrenia, nu pentru că evenimentele sale o fac inumană și abstractă, ci pentru că civilizația noastră oferă o asemenea interpretare a lumii încât omul însuși nu se mai poate recunoaște în ea. Doar conflictul real al condițiilor de existență poate servi de model structural paradoxurilor universului schizofrenic.

Rezumînd, se poate spune că dimensiunile psihologice ale bolii nu pot, fără cîteva sofisme, să fie considerate ca autonome. Cu siguranță, maladia mentală se poate situa în raport cu geneza umană, în raport cu istoria psihologică și individuală, în raport cu formele de existență. Dar nu trebuie să facem din aceste diverse aspecte ale bolii niște forme ontologice dacă nu dorim să facem recurs la explicațiile mitice, ca evoluția structurilor psihologice, sau teoria instinctelor, sau o antropologie existențială. În realitate, numai în istorie putem descoperi singurul *a priori* concret în care boala mentală dobîndește înfățișările necesare.

## CONCLUZIE

Într-adins nu am evocat problemele fiziologice și anatomo-patologice care privesc maladia mentală ; nici pe cele ale tehnicilor de vindecare. Nu pentru că analiza psihopatologică ar fi, de fapt sau de drept, independentă de acestea ; descoperirile recente, vizînd fiziologia centrilor diencefalici și rolul lor regulator în viața afectivă, limpezirile aduse, fără încetare, începînd cu primele experiențe ale lui Breuer și ale lui Freud, prin dezvoltările strategiei psihanalitice, ar ajunge pentru a dovedi contrariul. Dar nici fiziologia, nici terapeutica nu pot să devină acele puncte de vedere absolute, pe baza cărora psihologia bolii mentale poate să se rezolve ori să se suprimă. De 140 de ani, de îndată ce Bayle a descoperit leziunile specifice ale paraliziei generale și a găsit, destul de constant, în fazele inițiale ale simptomatologiei, un delir de grandoare, tot nu se știe de ce tocmai o exaltare hipomaniacă este cea care însoțește leziuni asemănătoare. Iar dacă reușita intervenției psihanalitice nu face decît unul și același lucru ca și dezvăluirea „realității“ nevrozei, ea nu o prezintă decît în cadrul noii drame psihologice în care o angajează.

Deci, dimensiunile psihologice ale nebuniei nu pot fi reprimate pornind de la un principiu de explicație sau de reducere care le-ar fi exterior. Ele trebuie să fie situate în acest raport general stabilit de omul occidental, în urmă cu aproape două secole, cu el însuși. Această relație, văzută din cel mai îngust unghi, este aceea psihologie în care el a inserat ceva din mirarea sa, mult orgoliu și esențialul capacităților sale de uitare ; dintr-un unghi mai larg, e apariția, în

formele cunoașterii, a unui *homo psychologicus*, obligat să dețină adevărul interior, pur ironic și pozitiv, al oricărei conștiințe de sine și al oricărei cunoașteri posibile ; în sfârșit, reintegrat în cea mai largă accepțiune, un astfel de raport e cel pe care omul l-a substituit raportului său cu realitatea, înstrăinându-l în acest postulat fundamental care spune că el însuși este esența realității.

Acest raport, care instituie din punct de vedere filosofic orice psihologie posibilă, nu a putut fi definit decît pornind de la un moment precis al istoriei civilizației noastre : momentul cînd marea confruntare a Raționalului și a Iraționalului a încetat să se facă în dimensiunea libertății și cînd rațiunea a încetat să fie o etică pentru om, spre a deveni o natură. În acel moment, nebunia a devenit o natură a existenței, cu alte cuvinte un proces ce alienează existența și o supune în determinismul său, în timp ce libertatea a devenit, de asemenea, un specific al naturii, dar în sens de suflu secret, de esență inalienabilă a naturii. Iar omul, în loc să fie plasat înaintea marelui partaj al Iraționalului și în dimensiunea pe care o inaugurează, a devenit, la nivelul existenței sale naturale, și una și alta, nebunie și libertate, moștenind, prin privilegiul esenței sale, dreptul de-a fi un specific al naturii și o esență a realității.

Există o puternică motivație pentru ca psihologia să nu poată controla niciodată nebunia ; aceea că, în universul nostru, psihologia n-a fost posibilă decît o dată nebunia stăpînită și exclusă din dramă. Iar cînd, prin străfulgerări și strigăte, ea reapare, ca la Nerval sau Artaud, ca la Nietzsche ori Roussel, psihologia e cea care rămîne *fără cuvinte* în fața acestui limbaj ce dă sens, din propriile-i sensuri, acestei sfîșieri tragice și acestei libertăți în care simpla existență a „psihologilor“ sancționează, pentru omul contemporan, apăsătoarea uitare.

## Cîteva date din istoria psihiatriei

- 1793 : PINEL este numit medic-șef al Infirmeriei Bicêtre.
- 1822 : Teza lui BAYLE, *Recherches sur les maladies mentales* (definire a paraliziei generale).
- 1838 : Legea pentru alienați.
- 1843 : BAILLARGER fondează *les Annales médico-psychologiques*.
- 1884 : JACKSON, *Croonian Lectures*.
- 1889 : KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie*.
- 1890 : MAGNAN, *La folie intermittente*.
- 1893 : BREUER și FREUD, *Études sur l'hystérie*.
- 1894 : JANET, *L'automatisme psychologique*.
- 1909 : FREUD, *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans*.
- 1911 : FREUD, *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa*.
- 1911 : BLEULER, *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*.
- 1913 : JASPERS, *Psychopathologie générale*.
- 1921 : FREUD, *Au-delà du principe de plaisir*.
- 1926 : PAVLOV, *Leçons sur l'activité du cortex cérébral*.
- 1928 : MONAKOW și MOURGUE, *Introduction biologique à la neurologie et à la psychopathologie*.
- 1933 : L. BINSWANGER, *Ideenflucht*.
- 1936 : Egas MONIZ practică primele lobotomii.
- 1938 : CERLETTI începe să practice electroșocul.



## CUPRINS

|                                                       |   |
|-------------------------------------------------------|---|
| INTRODUCERE .....                                     | 5 |
| CAPITOLUL I – Medicina mentală și medicina organică . | 7 |

## Partea întâi

## DIMENSIUNILE PSIHOLOGICE ALE BOLII

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| CAPITOLUL II – Boala și evoluția .....             | 21 |
| CAPITOLUL III – Boala și istoria individuală ..... | 35 |
| CAPITOLUL IV – Boala și existența .....            | 51 |

## Partea a doua

## NEBUNIA ȘI CULTURA

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCERE .....                                      | 69 |
| CAPITOLUL V – Structura istorică a bolii mentale ..... | 73 |
| CAPITOLUL VI – Nebunia, structură globală .....        | 85 |
| CONCLUZIE.....                                         | 95 |
| Cîteva date din istoria psihiatriei .....              | 97 |

## LISTA TITLURILOR DISPONIBILE PUBLICATE LA EDITURA AMARCORD

1. Nikolai Berdiaev, *Împărăția Spiritului și Împărăția Cezarului*, 15.000 lei
2. Joseph Conrad, *Oglinda mării*, 7.000 lei
3. Cornel Ungureanu, *La vest de Eden. O introducere în literatura exilului*, 14.000 lei
4. \*\*\* *Dialoguri despre Ființă/Dialogues sur l'Être*, 15.000 lei
5. Nicolae Țăran, *Managementul Inovației*, 15.000 lei
6. Gabriel Marcel, *Jurnal metafizic*, 20.000 lei
7. V. Fufezan ; Pavel Țepeneu, *Chirurgie pediatrică*, 20.000 lei
8. Jean Levi, *Funcționarii divini. Politică, despotism și mistică în China antică*, 13.000 lei
9. Daniel Vighi, *Valahia de mucava*, 7.500 lei
10. Peter Brown, *Cultul Sfinților*, 12.500 lei
11. Ion Nicolae Anghel, *Cartea cu Pamfil*, 14.500 lei
12. Bossuet, *Panegirice*, 6.800 lei
13. Georges Gusdorf, *Mit și metafizică*, 20.000 lei
14. \*\*\* *Totul despre Nicolae Manolescu* (antologie din întreaga operă a lui N. Manolescu alcătuită de Mircea Mihăieș), 20.000 lei
15. Victor Neumann, *Istoria evreilor din România*, 17.500 lei
16. Patrick Chamoiseau, *Texaco* (roman, **Premiul Goncourt**), 10.500 lei
17. Șerban Foartă, *Dublul regim diurn/nocturn al presei*, 10.000 lei
18. Cristian Bădiliță, *Sacru și melancolie*, 10.000 lei
19. Smaranda Vultur, *Istorie trăită. Istorie povestită. Deportarea în Bărăgan (1951-1956)*, 24.000 lei
20. Dinu Zarifopol, *Moartea lui Levi* (roman), 25.000 lei
21. Ioan Buduca, *Doamne, Dumnezeu, ce cauți Ceaușescu asta în Rai?*, 15.000 lei
22. Marie-Madeleine Davy (sub direcția), *Enciclopedia doctrinelor mistice*, vol. II, 75.000 lei
23. Vladimir Soloviov, *Drama vieții lui Platon*, 15.000 lei
24. Ivan Evseev, *Dicționar de magie, demonologie și mitologie românească*, 59.000 lei
25. Paul Zarifopol, *Încercări de precizie literară* (Colecția Cărți fundamentale ale culturii române), 35.000 lei
26. I. Funeriu, *Principii și norme de tehnoredactare computerizată*, 25.000 lei
27. Jean Daniélou, *Simbolurile creștine primitive*, 22.000 lei
28. Carmen Bernand ; Serge Gruzinski, *Despre idolatrie, O arheologie a științelor religioase*, 22.500 lei

29. Grigore cel Mare, *Dialoguri despre moarte*, 15.000 lei
30. Grigore de Nyssa, *Viața Sfintei Macrina*, 15.000 lei
31. Georges Balandier, *Antropologie politică*, 22.000 lei
32. Mitropolit Nicolae Corneanu, *Viața și petrecerea Sfintului Antonie cel Mare*, 17.000 lei
33. Titus Suciu, *Pînda* (roman), 18.500 lei
34. Adriana Babeți, *Bătăliile pierdute* (Dimitrie Cantemir. Strategii de lectură), 20.000 lei
35. Dinu Zarifopol, *Șah la rege* (roman), 25.000 lei
36. Ion Arieșanu, *Cei buni mor cei dintii* (roman), 19.400 lei
37. Georges Vigarello, *Istoria violului. Secolele XVI-XX*, 43.000 lei
38. Simone de Beauvoir, *Puterea vârstei* (jurnal), 49.000 lei
39. Pierre-Yves Duchemin, *Arta informatizării unei biblioteci*, 64.000 lei
40. Richard Sârbru, Vasile Frățilă, *Dialectul istroromân*, 24.500 lei
41. Ion Budai-Deleanu, *Țiganiada*, (Colecția Cărți fundamentale ale culturii române), 39.000 lei
42. Marie-Madeleine Davy (sub direcția), *Enciclopedia doctrinei mistice*, vol. III, 79.000 lei
43. Tzvetan Todorov, *Abuzurile memoriei*, 15.000 lei
44. André Santini, *Acești imbecili care ne guvernează* (Manual lucid și autocritic pentru uzul oamenilor politici), 25.000 lei
45. Al. Cuțara, *Timișoara – monografie artistică* (album, ediție bilingvă franceză-engleză, 150 imagini color), 200.000 lei
46. Claudiu T. Arieșan, *Hermeneutica umorului simpatetic* (Repere pentru o comicologie românească), 30.000 lei
47. Ileana Oancea, *Lingvistică romanică și lingvistică generală. Interferențe*, 35.000 lei
48. Philippe Schuwer, *Tratat practic de editare*, 150.000 lei
49. Jean Baudouin, *Introducere în sociologia politică*, 45.000 lei
50. Mariana Sipoș, *Dosarul „Marin Preda”* (Viața și moartea unui scriitor în procese-verbale, declarații, arhive ale Securității, mărturii și foto-documente), 35.000 lei

## ULTIME APARIȚII EDITORIALE LA AMARCORD

### I. Traduceri

1. Annick de Souzenelle, *Simbolismul corpului uman* (ediția a II-a)
2. Annick de Souzenelle, *Oedip interior. Prezența Logosului în mitul grec*
3. Søren Kierkegaard, *Scrieri*, vol. II (Fărîme filozofice)
4. Gérard Badou, *Istorii secrete ale psihanalizei*

### II. Literatură română

1. Dinu Zarifopol, *Crima generalului* (roman)
2. Paul Miron, *Poștalionul din vis* (roman)
3. Dan Ungureanu, *Originile grecești ale culturii europene*

## CĂRȚI ÎN CURS DE APARIȚIE

### I. Traduceri

1. Georges-Hubert de Radkowski, *Antropologie generală*
2. Jean Vertemont, *Dicționar al mitologiilor indoeuropene*
3. Marie Kuhlmann, Nelly Kuntzmann, Hélène Bellour, *Cenzura și bibliotecile în secolul XX*
4. Patrick Di Mascio, *Freud după Auschwitz. Psihanaliza culturală*
5. Monique Segré (sub direcția), *Mituri, rituri, simboluri în societatea contemporană*
6. Roland Brunner, *Psihanaliza și societatea postmodernă*

### II. Literatură română

1. Ivan Evseev, *Enciclopedia semnelor și simbolurilor culturale*
2. Maria Purdela Sitaru, *Etnomedicină lingvistică*
3. Radu Ciobanu, *Jurnal*

## ÎN PREGĂTIRE

### 1. Traduceri

1. Lactantius, *De mortibus persecutorum* și *De Ave Phoenixe* (*Despre morțile persecutorilor* și *Despre pasărea Phoenix*)
2. M.-M. Davy (sub direcția), *Enciclopedia doctrinelor mistice*, vol. IV
3. Søren Kierkegaard, *Scrieri*, vol. III (*Repetarea*)
4. Vladimir Jankélévitch, *Tratat despre moarte*
5. Alain de Libera, *Gîndirea Evului Mediu*
6. Zygmunt Bauman, *Etica postmodernă*
7. Pierre Teilhard de Chardin, *Mediul divin*
8. Evelyn Pisier (sub direcția), *Istoria ideilor politice*
9. Annick de Souzenelle, *Femininul Ființei*
10. Julia Kristeva, *Geniul feminin*
11. Charles Taylor, *Etica autenticității*
12. David Harvey, *Condiția postmodernă*
13. Emmanuel G. Lenski, *Putere și privilegiu. O teorie a stratificării sociale*
14. Edward Said, *Orientalism*
15. Georges Romey, *Dicționarul simbolisticii (Vocabularul fundamental al viselor)* (vol. I : 576 pag. ; vol. II : 424 pag. ; vol. III : 526 pag.)
16. Albert Blaise, *Manual de latină creștină*
17. C. Fr. Gauss, *Cercetări aritmetice*

## II. Literatură română

1. Cornel Ungureanu, *La vest de Eden. O introducere în literatura exilului*, vol. II
2. Ilie Gyurcsik, *Paradigme moderne (Eseuri de hermeneutică literară)*
3. Vasile Țăra, *Vechea română literară*
4. Eduard Pamfil, *Idear*
5. Lucian-Vasile Szabo, *Seninul cerului de sticlă* (povestiri)
6. Constantin Eugen Jurca, *Drumul către Emaus (Experiența duhovnicească și cultivarea puterilor sufletești – contribuții de metodologie și pedagogie creștină)*
7. Ivan Evseev, *Dicționar de simboluri și arhetipuri culturale* (ediția a II-a)

### ÎN ATENȚIA CITITORILOR ȘI A DIFUZORILOR DE CARTE AMARCORD!

#### • Lucrările AMARCORD pot fi procurate :

- din librării și de la difuzorii de carte din întreaga țară, care distribuie producția noastră editorială ;
- de pe rețeaua de difuzare AMARCORD (gsm : 094-392.533) ;
- de la sediul editurii (tel./fax : 056/146.645) ;
- prin intermediul serviciului „Cartea prin poștă” ; cu plata ramburs.

Pentru comenzile care depășesc suma de 500.000 lei, acordăm o reducere de 10% ; pentru comenzi mai mari de 1.000.000 lei, reducerea este de 20%. Cheltuielile de transport sînt suportate de editură.

5176/2000

ISBN 973-9244-78-5

Redactor : Doina Lică

Bun de tipar : 04.03.2000.

Apărut : 2000.

Coli de tipar : 6,5.

Tiparul executat sub comanda 387/1999,  
la Imprimeria de Vest – Oradea,  
str. Mareșal Ion Antonescu, nr. 105,  
ROMÂNIA.



20.000 lei



[ Seria  
**CÂMP DESCHIS** ]

Patologia mentală trebuie să se elibereze de toate postulatele unei „metapatologii”: unitatea asigurată de către aceasta, între diversele forme de boală, nu este decât artificială, cu alte cuvinte, ea ține de un fapt istoric, căruia deja nu-i mai aparținem întru totul.

Este necesar, prin urmare, acordînd credit omului însuși, și nu abstractizărilor asupra bolii, să analizăm specificul maladiei mentale, să cercetăm formele concrete pe care psihologia a putut să i le atribuie; apoi, să determinăm condițiile ce au făcut posibil acest straniu statut al nebuniei, boală mentală ireductibilă la oricare altă boală.

La aceste întrebări se străduiesc să răspundă cele două părți ale lucrării noastre:

- 1) Dimensiunile psihologice ale maladiei mentale;
- 2) Psihopatologia ca fapt de civilizație.

Michel Foucault



editura amarcord

ISBN 973-9244-78-5